



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Idosos isolados e dependentes do município da Amadora: Necessidades e estratégias de intervenção



Nome do Autor: Ana Vitória Moreno Casaca Fialho

Nome do Orientador: Professora Doutora Paula Campos Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Política Social

Lisboa
2013

VALORIZAMOS PESSOAS

Não há futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam atualmente o saber, legam-nos o afeto e nós projetamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhámos

Constança Paúl (1997:7)

Agradecimentos

Muitas foram as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que esta investigação se concretizasse, às quais quero deixar o meu sincero agradecimento pelo apoio dado.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família: à Joana, pela compreensão, és a melhor filha do Mundo, ao Ricardo, pela força, por não me ter deixado desistir, pelo apoio na transcrição dos *focus group*, revisão do texto, pela calma e paciência que tens sempre nos momentos mais difíceis da nossa vida. Aos meus pais, pelo apoio e incentivo que me deram, por acreditarem sempre em mim;

À minha amiga Teresa Tomé, pelas reflexões feitas, revisão do texto, pelas palavras certas quando tudo parece não fazer sentido. Obrigada por seres minha amiga;

Às minhas colegas da CMA/Divisão de Intervenção Social sem o vosso apoio e dedicação, não teria sido possível concretizar este trabalho;

À professora Paula Campos Pinto por ter aceitado orientar este trabalho, pelo apoio e incentivos dados.

Por último, a todos os idosos que se têm cruzado no meu caminho enquanto assistente social, pelo que me ensinaram e por me fazerem estar sempre à procura de novos desafios...

A todos muito Obrigada.

RESUMO

O envelhecimento é uma das principais questões demográficas e sociais das sociedades atuais, com efeitos em várias áreas como a saúde, segurança social, habitação e respostas sociais disponíveis para os idosos e suas famílias. Nos próximos anos esta tendência irá agravar-se, como a diminuição da taxa de mortalidade, aumento da esperança de vida e baixa taxa de natalidade. Nos grandes aglomerados urbanos, como é a Amadora, o isolamento social é uma das problemáticas associadas ao envelhecimento, às alterações nos modelos familiares, à perda de capacidades físicas, associada às fracas redes de sociabilidade, fazem com que muitos idosos fiquem votados ao abandono e acabem por morrer sozinhos nas suas casas. Neste sentido, foi desenvolvido este estudo tipo descritivo e exploratório um levantamento com georreferenciação de idosos isolados e/ou em situação de dependência, com o objetivo de identificar as suas necessidades sociais e perspetivar estratégias de intervenção social inovadoras, que possam influenciar as políticas sociais locais para a área do envelhecimento.

Palavras – chave:

Envelhecimento, isolamento, necessidades sociais, políticas sociais, inovação, Amadora

ABSTRACT

Aging is a major demographic and social issues of contemporary societies, with outcomes in various areas such as health, social security, housing and social responses available to the elderly and their families. In the coming years this trend will intensify, such as decreased mortality, increased life expectancy and low birth rate. In large urban areas, such as Amadora, social isolation is one of the problems associated with aging, as well as changes in family patterns, loss of physical abilities, associated with weak social networks, which mean that to many elderly people may be reserved the abandonment and will eventually die alone in their homes. In this sense a study was developed, descriptive, exploratory, and was made a survey conducted, with georeferencing of isolated elderly and / or in situations of dependency, in order to identify their social needs and to plan innovative strategies for social intervention, which may influence local social policies for the aging theme.

Keywords:

Aging, isolation, social needs, social policies, innovation, Amadora

Índice Geral

Agradecimentos	II
RESUMO	III
Palavras – chave:	III
ABSTRACT	IV
Keywords:	IV
Índice de Quadros	VI
Índice de Gráficos.....	VII
Índice de Figuras	VIII
Índice de Anexos	IX
Lista de Abreviaturas	X
Introdução.....	11
Parte I - Enquadramento Teórico.....	15
1. Envelhecimento - fenómeno demográfico e processo biopsicossocial.....	15
2. As relações familiares e o isolamento social	21
3. Políticas Públicas, necessidades sociais e inovação na área das respostas aos idosos.....	27
4. Síntese final e modelo de análise	34
Parte II. Breve caracterização do território onde decorre a investigação.....	36
1. O envelhecimento no Município da Amadora	36
Parte III – Enquadramento metodológico	42
1. Problematização	42
2. Metodologia de investigação	43
Parte IV – Resultados.....	49
1. Análise e interpretação dos dados	49
1.1. Contextualização	49
1.2. Os dados.....	49
1.2.1. Sinalização de idosos/caraterização geral	49
1.2.2. Visitas domiciliárias - problemáticas e necessidades identificadas.....	53
1.2.3. <i>Focus group</i> – principais resultados.....	58
Parte IV – Conclusão e Recomendações.....	62
Bibliografia	68
Anexos	72

Índice de Quadros

Quadro 1: Estrutura etária da população 2001, 2011	16
Quadro 2: Indicadores demográficos	17
Quadro 3: Esperança média de vida á nascença.....	18
Quadro 4: Projeção da população, Portugal 2050 – cenário central	19
Quadro 5: Alojamentos familiares de residência habitual cujos residentes são apenas pessoas com 65 ou + anos segundo n.º de residentes	37
Quadro 6: Idosos institucionalizados por resposta social	38
Quadro 7: Pensionistas ativos por tipo de pensão e reforma.....	38
Quadro 8: Beneficiários de CSI por escalão etário.....	39
Quadro 9: N.º de idosos recenseados/total da população com 65 ou mais anos de idade.....	50
Quadro 10: Idosos recenseados e rede de apoio informal	53
Quadro 11: Problemáticas por escalão etário dos idosos recenseados.....	55
Quadro 12: Idosos recenseados/problemáticas dominantes vs outra problemática.....	56
Quadro 13: Necessidades identificadas por escalão etário.....	56
Quadro 14: Síntese das questões dos Focus Group.....	58

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Pirâmide etária da população residente por género 2001, 2011.....	16
Gráfico 2: Dimensão média das famílias em 2001, 2011.....	23
Gráfico 3: Pensionistas ativos por tipo de pensão e género.....	39
Gráfico 4: Identificação das entidades que efetuaram a sinalização.....	49
Gráfico 5: Idosos recenseados por género	51
Gráfico 6: Idosos recenseados por grupo etário.....	51
Gráfico 7: Percentagem de idosos recenseados por rendimentos auferidos.....	52
Gráfico 8: Idosos recenseados por dimensão do agregado familiar.....	52
Gráfico 9: Idosos recenseados/condições habitacionais.....	54
Gráfico 10: Idosos recenseados/problemas de saúde.....	54
Gráfico 11: Idosos recenseados/apoios	57
Gráfico 12: Idosos recenseados e respostas sociais.....	57
Gráfico 13: Idosos recenseados por grau de prioridade	58

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de análise.....	35
Figura 2: Área Metropolitana de Lisboa/Localização da cidade da Amadora...	36
Figura 3: Geoportal: Recenseamento Idosos.....	45
Figura 4: Mapa do município com sinalização dos idosos recenseados	46
Figura 5: Análise espacial.....	46
Figura 6: Georreferenciação das situações.....	50

Índice de Anexos

Anexo 1- Cartazes e folhetos de divulgação do recenseamento de idosos.....	74
Anexo 2 - IMP_42_2 – Ficha de sinalização emergência social.....	77
Anexo 3- Guião de observação para visitas domiciliárias	81
Anexo 4 – <i>Print Screen</i> do ficheiro Excel	84
Anexo 5- Guião dos <i>focus group</i> com principais conclusões.....	87

Lista de Abreviaturas

ACES VII Amadora – Agrupamento dos Centros de Saúde VII Amadora

AML – Área Metropolitana de Lisboa

CMA – Câmara Municipal da Amadora

CD – Centro de Dia

CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CET-ISCTE – Centro de estudos Territoriais – Instituto Superior de Ciências dos Trabalho e da Empresa

DGS – Direção Geral de Saúde

DS- Diagnóstico Social

IESE-Instituto de Estudos Sociais e Económicos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

LNES- Linha Nacional de Emergência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PALOPS – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PDS – Plano de Desenvolvimento Social

PSP – Polícia de Segurança Pública

REOT – Relatório do Estado do Ordenamento do Território

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Introdução

No último ano, surge a comunicação social a dar especial enfoque a notícias sobre pessoas idosas, que residem sozinhas, encontradas sem vida nas suas habitações¹, sem que ninguém tivesse dado conta da sua ausência durante, dias, meses e mesmo anos.

Alguns dos casos noticiados eram de idosos residentes no Município da Amadora, um território com cerca de 24Km², inscrito na Área Metropolitana de Lisboa, densamente povoado, onde residem atualmente 175 135 habitantes.

O Diagnóstico Social da Amadora (CMA,2011) refere o progressivo envelhecimento da população residente no Município. As dinâmicas demográficas neste concelho são caracterizadas por uma pirâmide etária duplamente envelhecida, verificando-se que os escalões com idades iguais ou superiores aos 65 anos têm vindo a assumir um lugar preponderante na estrutura demográfica do território (122 idosos por cada 100 jovens residentes). Dados do Recenseamento Populacional 2011 do INE, identificam que 19% do total da população residente na Amadora, tem idade igual ou superior a 65 anos, sendo que 42% tem 75 ou mais anos e cerca de 65% vive sozinho.

O envelhecimento demográfico no município da Amadora está intimamente relacionado com a melhoria das condições de vida e de saúde que aconteceram no nosso país nos últimos 30 anos, mas também com as reduzidas taxas de natalidade e com a diminuição da população residente como consequência do encarecimento habitacional, uma vez que os jovens não conseguem suportar os custos habitacionais impostos pelo mercado imobiliário, não viabilizando, deste modo, a fixação de população jovem.

O aumento da população idosa na estrutura demográfica provoca a emergência de novos problemas sociais, para os quais urge encontrar respostas adequadas.

É neste contexto que, no âmbito do Conselho Local de Ação Social da Amadora², emerge a necessidade de identificar e georreferenciar os idosos isolados e/ou em situação de dependência residentes no município, para elaboração do perfil dos mesmos e

¹ Jornal Público de 26.01.2012; Diário de Notícias de 9.12.12; Jornal Expresso de 12.12.2012; SIC Notícias-reportagem de 12.12.2012

² O Decreto-lei n.º 115 de 2006 de 14 de junho, regula o funcionamento da Rede Social e as competências dos seus órgãos, entre os quais o Conselho Local de Ação Social

levantamento das necessidades sociais, para que a partir desse diagnóstico sejam definidas estratégias específicas de intervenção social para este grupo da população.

Pretendeu-se a realização de um estudo do tipo descritivo e exploratório, porque permite por um lado descrever os factos e fenómenos de uma determinada realidade e possibilita ao investigador aprofundar o estudo e conhecimento a respeito de um problema (Fortin,2000:170). Este tipo de estudo possibilita ainda o levantamento de possíveis problemas de pesquisa.

As questões levantadas para o estudo são:

- Quais as necessidades sociais identificadas pelos idosos isolados e/ou dependentes residentes no município da Amadora?
- As necessidades sociais identificadas pelos idosos isolados e/ou dependentes residentes no município da Amadora podem ser geradoras de intervenções sociais inovadoras?

O universo populacional abrangeu toda a população idosa sinalizada entre outubro de 2012 e abril de 2013, pelas diferentes instituições com intervenção no território e pela própria e comunidade. Foram recenseados neste período 547 idosos.

Os objetivos de uma investigação ajudam a clarificar o tema de estudo, permitindo uma maior apropriação de conhecimento sobre determinado problema. O objetivo geral desta investigação foi: caracterizar os idosos isolados e/ou em situação de dependência residentes no município da Amadora, identificando as principais necessidades sociais.

Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Georreferenciar os idosos isolados e/ou em situação de dependência no território;
2. Identificar os principais problemas e necessidades sociais;
3. Perspetivar estratégias de intervenção inovadoras direcionadas ao público-alvo;
4. Orientar a definição das políticas sociais locais para a área do envelhecimento.

Na 1ª parte da dissertação será feito o enquadramento teórico que, segundo Fortin, é *uma generalização abstrata que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo* (2000:93). Aqui serão definidos os conceitos fundamentais, através de teorias e correntes teóricas, bem

como suas dimensões, indicadores e as ligações entre os vários conceitos, de forma a desenhar a estrutura conceptual, com vista à sustentação do tema.

Será efetuada uma abordagem ao conceito de envelhecimento, quer como fenómeno demográfico, quer como processo biopsicossocial. As relações familiares e o isolamento social serão também alvo de reflexão, numa perspetiva psicossocial, explorando-se os novos conceitos de família e as causas e consequências que levam ao isolamento dos idosos. É também apresentada uma abordagem às políticas públicas nacionais para a área dos idosos e efetuada uma reflexão sobre como os problemas e as necessidades sociais da população idosa, podem fundamentar a criação de oportunidades que permitam formas de intervenção inovadoras.

Na 2ª parte será efetuada uma breve caracterização do território onde decorre a investigação, o município da Amadora e efetuada a análise dos dados relativos ao envelhecimento e à cobertura das respostas sociais existentes.

Na 3ª parte será apresentado o enquadramento metodológico, destacando-se a observação, que é uma técnica de uso recorrente, possibilitando reflexões constantes sobre as variáveis e o contexto. O levantamento dos idosos isolados e/ou dependentes através de ficha de sinalização, efetuado por todos os parceiros do Conselho Local de Ação Social da Amadora (destacam-se a Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, PSP, ACES VII Amadora, IPSS com respostas sociais para idosos) e pela comunidade. Os idosos sinalizados foram alvo de visita domiciliária efetuada por assistentes sociais, tendo para o efeito sido construída uma ficha de observação. Todos os dados foram introduzidos num ficheiro Excel, que permitiu efetuar a georreferenciação, utilizando-se o SPSS para tratamento dos dados, cruzando assim algumas variáveis.

Os dados foram analisados e com base nos mesmos foi construída uma amostra de conveniência para a realização de duas sessões de *focus group*: uma com idosos da comunidade e outra com idosos sinalizados no levantamento. O objetivo foi fazer com que os idosos refletissem sobre as necessidades sociais, priorizassem as mesmas e apontassem pistas para a intervenção.

Foi ainda efetuada uma sessão de *focus group* com técnicos de intervenção social das várias entidades do município que trabalham direta ou indiretamente com este grupo da população. Nestas sessões privilegiou-se a observação e o registo das experiências e reações tidas ao longo das sessões.

Por último serão apresentadas as principais conclusões retiradas do estudo e efetuadas recomendações sobre uma possível orientação para as políticas sociais locais para esta área de intervenção.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento - fenómeno demográfico e processo biopsicossocial

O envelhecimento humano pode ser definido como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida, diferindo de indivíduo para indivíduo (DGS,2004).

A OMS³, na tentativa de uniformizar critérios, convencionou que idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos de idade, independentemente do sexo e estado de saúde. Também a ONU⁴, demarcou o início da velhice aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos de idade nos países em desenvolvimento.

O envelhecimento enquanto fenómeno demográfico assenta na diminuição da taxa de mortalidade, no aumento da esperança de vida e declínio da fecundidade, que consequentemente, provoca a alteração e inversão da pirâmide etária.

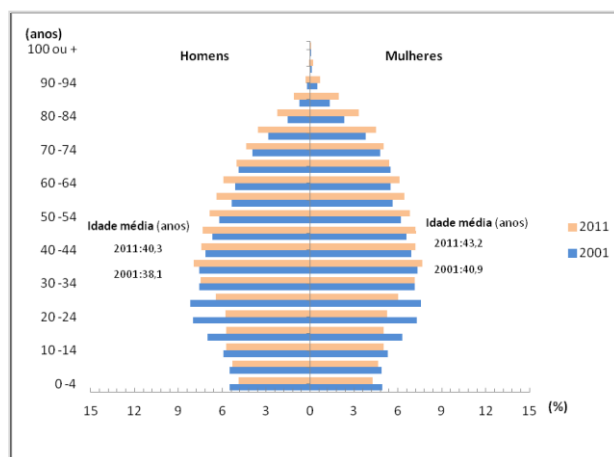
Rosa (2001:29), refere que a primeira causa de envelhecimento, deve-se à melhoria das condições de vida das populações aliadas aos progressos técnicos na área da saúde, a segunda à redução do número de nascimentos que determina na estrutura etária da população a diminuição progressiva dos mais jovens, envelhecimento da base, originando de forma consequente um aumento relativo dos mais idosos, envelhecimento no topo.

Ao analisarem-se as implicações do envelhecimento populacional à escala global, verifica-se que o mesmo constitui uma das principais questões demográficas e sociais do mundo contemporâneo, em especial das sociedades mais industrializadas e desenvolvidas, sendo parte integrante de uma nova realidade social, económica, cultural e política, com efeitos na área da saúde, segurança social, na habitação e no domínio do apoio individual às pessoas idosas e respetivas famílias (Serafim, 2007:71).

³ Consulta do site: <http://www.who.int/en/>, em 29 de janeiro de 2012

⁴ Consulta do site: <http://www.un.org/>, em 29 de janeiro de 2012

Gráfico 1- Pirâmide etária da população residente por género, 2001, 2011



Fonte: Dados do INE – Censos 2011

Segundo dados do INE, Portugal é hoje um país envelhecido. A estrutura etária da população acentuou os desequilíbrios já identificados na década passada, verificando-se uma diminuição da base da pirâmide (população mais jovem) e alargamento do topo (população mais idosa). Na última década, agravou-se o fosso entre jovens e idosos, tendo diminuído a percentagem de jovens em 1% (passou de 16% para 15%) e a percentagem de idosos aumentado em 3% (passando de 16% para 19%). Com base nestes dados verificamos que o envelhecimento demográfico é hoje um facto inevitável e um assunto permanentemente na ordem do dia, principalmente porque pode colocar em causa a sustentabilidade financeira da Segurança Social (Rosa, 2012:35).

Quadro 1- Estrutura etária da população, 2001 e 2011

Estrutura Etária	2001		2011	
	N.º	%	N.º	%
0-14	1 656 602	16,0	1 572 329	14,9
15-24	1 479 587	14,3	1 147 315	10,9
25-64	5 526 435	53,4	5 832 470	55,2
65 ou + anos	1 693 493	16,4	2 010 064	19,0

Fonte: Dados do INE – Censos 2011

A população entre os 30 e os 69 anos cresceu 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi da ordem dos 26%. A idade média da população residente também aumentou na última década, em cerca de 3 anos, tendo-se fixado nos 41,8 anos. A idade média das mulheres é de 43,2 anos, superior à dos homens que é de 40,3 anos.

Os indicadores demográficos apurados nos últimos censos apontam para o envelhecimento acelerado da população:

Quadro 2: Indicadores demográficos

Indicadores demográficos⁵	2001	2011
Índice de envelhecimento	102,23	127,84
Índice de longevidade	41,42	47,86
Índice de rejuvenescimento da população ativa	143,05	94,34
Índice de sustentabilidade potencial	4,14	3,47

Fonte: Dados do INE – Censos 2011

Do quadro 2, importa reter que em 2011 o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos. Quanto ao índice de longevidade, que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos era, em 2011, de 48, face a 41 em 2001 e 39 em 1991, sendo que neste indicador a região de Lisboa apresentou o índice mais baixo do país: 46.

O indicador que se agravou significativamente na última década foi o índice de rejuvenescimento da população ativa, este era de aproximadamente 94, em 2011, o que significa que, potencialmente, por cada 100 pessoas que saíam do mercado de trabalho, entravam apenas 94.

O índice de sustentabilidade potencial verifica o número de indivíduos em idade ativa, por cada indivíduo idoso e este passou de 4,1, em 2001 para 3,5, em 2011.

No indicador onde se pretende identificar a população com dificuldades na realização de algumas atividades do dia-a-dia por motivos de saúde ou idade, constatou-se que 18% da população com 5 ou mais anos de idade declarou ter dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos 6 atividades diárias, verificando-se que na população com 65 ou mais anos este indicador ultrapassa os 50%.

A partir da segunda metade do século XX, o aumento da esperança de vida está intimamente ligado aos ganhos em saúde ao longo das últimas décadas, que possibilitaram uma melhoria do bem-estar das populações (CEPCEP, 2012:38). Nos anos 40, os homens tinham uma esperança média de vida de 48,6 anos e as mulheres de 52,8 anos, mas no início do século XXI, passou para 71,2 anos, para os homens e 80,5 para as mulheres.

⁵ Índice de envelhecimento:- Relação entre o número de idosos (65 ou + anos) e o número de jovens (0-14 anos)
Índice de longevidade-Relaciona a população com 75 ou + anos, com o total da população com 65 ou + anos
Índices de rejuvenescimento da população ativa – Potencialmente por cada 100 pessoas que saíam do mercado de trabalho entravam apenas 94 pessoas
Índice de sustentabilidade potencial- relação entre a população ativa (15-64 anos) e a população idosa (65 ou + anos)

Quadro 3: Esperança média de vida à nascença

(em anos)	1940	1960	1981	2001
H	48,6	60,7	69,1	71,2
M	52,8	66,4	76,7	80,5

Fonte: INE, Estatísticas Demográficas

Ainda de acordo com os dados do INE relativos ao último censo, também se verifica um aumento do número de pessoas a viverem sozinhas, sendo que o número de famílias unipessoais constituídas por pessoas idosas representava a maior parte das famílias unipessoais e correspondia a cerca de 10% do total de famílias clássicas. Este fenómeno produz alterações significativas no domínio das relações pessoais, sociais, económicas e afetivas entre os seus membros, particularmente entre as gerações mais novas e as mais velhas.

Estes dados podem ser explicados em grande medida pelos avanços no saber e no conhecimento técnico/científico e pelas melhorias das condições de vida das populações (Rosa,2012:79), mas também porque os níveis de fecundidade estão muito baixos, resultando a diminuição do número de nascimentos. Para a renovação das gerações ser uma realidade é necessário que cada mulher tenha em média 2,1 filhos, sendo que este valor se situa atualmente em 1,4 filhos, ou seja Portugal é hoje um dos países com os níveis de fecundidade mais baixos da Europa. A mesma investigadora também refere que, devido a transformações sócio demográficas, como o maior nível de instrução, a participação ativa das mulheres no mercado de trabalho, o projeto de maternidade é adiado, sendo o nascimento do 1º filho cada vez para mais tarde, atualmente situando-se nos 29 anos (Rosa, 2012:32).

Ao analisarmos as projeções demográficas até 2050⁶, o envelhecimento populacional vai continuar a ser uma realidade crescente na nossa sociedade, o que provocará mudanças significativas, com um crescente peso dos idosos e uma redução da população ativa, o que provocará o aumento da idade ativa nos grupos etários seniores, para garantir a sustentabilidade dos sistemas de proteção social.

A população com mais de 15 anos deverá crescer até 2040, mas a população ativa deverá diminuir na década de 20, a população com mais de 65 anos, deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050. Deverá ainda aumentar a população com mais de 80 anos que deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões no final do período da projeção.

⁶ Projeções do INE, coordenadas pelo EUROSTAT

Quadro 4: Projeções da população, Portugal 2050 – cenário central⁷

Grupo Pop/Ano	2010	2011	2020	2030	2040	2050
Pop. 15 + anos	9 025 171	8 989 068	9 331 052	9 534 828	9 544 218	9 397 885
Pop. 15-64	7 115 660	6 966 564	7 101 513	6 899 739	6 465 062	5 982 350
Pop. 65-79	1 432 063	2 022 504	1 598 627	1 879 975	2 128 201	2 251 967
Pop. + 80 anos	477 448	-	630 912	755 114	950 955	1 163 568
Pop. 65 + /Total (%)	18,0%	19,2%	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Fonte: INE, Censos 2011, estatísticas demográficas e projeções demográficas

Com o cenário apresentado no quadro 4, aumentam também os rácios de dependência, dado o acréscimo da população com mais de 80 anos.

Para Paúl (1997:25), o envelhecimento é visto como *uma trajetória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, uma experiência cumulativa de aumento de vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo e de perda de controlo do meio psicológico.*

Esta é pois a última etapa da vida, sendo por isso, um momento em que o declínio se torna mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade ao aparecimento de doenças.

As causas do envelhecimento podem ser endógenas ou exógenas. As primeiras são de origem genética, relacionam-se com fatores como a hereditariedade. Nas causas exógenas pode evidenciar-se o meio ambiente onde o indivíduo vive e os seus comportamentos ao longo da vida.

Fontaine (2000:19) refere que o envelhecimento enquanto processo biopsicológico, pode ser entendido como um processo de degradação progressiva e diferencial de um organismo que ocorre de forma única em cada um e inevitavelmente levará à sua morte. Para este autor (2000:23), existe uma idade biológica, ligada ao envelhecimento orgânico, verificando-se ao longo do tempo modificações que diminuem as condições de funcionamento dos órgãos, assim como a sua capacidade de auto regulação; uma idade social, referente ao papel do idoso, ao seu estatuto, aos seus hábitos enquanto pessoa relativamente a outros membros da sociedade e uma idade psicológica, que se relaciona com as competências comportamentais que o idoso pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, e que inclui a inteligência, a memória e a motivação.

⁷ “Projeções de população residente em Portugal:2008-2060”, exercício do INE sobre cenários demográficos publicado em 2010.

O envelhecimento é para Imaginário (2008:39), a *soma de todas as alterações que ocorrem num organismo com o passar do tempo*, é assim um processo de degradação do organismo progressiva e diferencial, que afeta todos os seres vivos e cujo termo natural é a morte.

Como fenómeno multifatorial que é, o envelhecimento afeta todos os níveis de organização biológica, desde as moléculas ao sistema fisiológico, não coincidindo sempre o fenómeno biológico com o cronológico. Neste aspeto Fontaine (2000:157) refere que não se deve falar de velhice mas sim de velhices, porque não há homogeneidade no processo de envelhecimento, já que depende da conjugação de vários fatores. Assim a velhice bem-sucedida resulta de uma conjugação de condições: saúde, elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e manutenção da participação social.

Fonseca (2006:76), refere também a existência de uma 3ª e 4ª idade, mas considera que não há uma idade definida para passar de uma fase para a outra, porque esta depende do grau de funcionalidade do indivíduo. Chegar à 3ª idade está atualmente associado a boas notícias, dado que ainda se perspetivam muitos anos de vida em boa forma, mas já a chegada à 4ª idade está associada a um período negativo, nomeadamente provocado por perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem, prevalência de demências, elevados níveis de fragilidade e disfuncionalidade.

Também para Oliveira (1999:323-343), a definição de idoso não está diretamente relacionada com a idade cronológica, mas com o estado de saúde, dividindo o grupo das pessoas idosas em três grupos distintos: idosos jovens, entre os 65 até aos 75 ou 80 anos, idosos velhos entre os 75 ou 80 anos e os 90 anos e por último idosos muito velhos, com mais de 90 anos.

Para este autor os fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais estão intimamente relacionados com o declínio das funções associadas ao envelhecimento, pelo que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos contribuem para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças ao longo da vida.

Paúl (1994: 21) também menciona a existência de uma divisão da população idosa em três grupos, referindo que são os idosos com mais de 85 anos que apresentam um ritmo mais acelerado de crescimento, pelo que são o grupo mais vulnerável ao nível das questões de saúde e da própria mobilidade.

A OMS admite diferentes fases de velhice, tendo em conta o aumento da esperança de vida: idade madura (dos 60 aos 69 anos); idade avançada (dos 70 aos 89); grande idade (a partir dos 89 anos).

Contudo os tipos de classificação apresentados não são unânimes e para outros autores podem não corresponder à realidade. Cunha e outros (1986, citado por Santos, 1999) referem que, por norma, os indivíduos quando questionados sobre o envelhecimento costumam situá-lo dez anos à frente da sua idade atual, o que sugere a existência de outros critérios que concorrem para o conceito.

O modo como envelhecemos depende muito da sociedade onde vivemos e do valor que é dado pelas mesmas ao papel dos idosos. Pimentel (2005:44) refere que *é em função do tipo de valores e de práticas de cada sociedade, defende que se atribui maior ou menor importância ao papel do idoso. Assim, em sociedades mais conservadoras e tradicionalistas, o conhecimento e a experiência dos mais velhos são enaltecidos, enquanto que em sociedades em que se cultiva a beleza, a vitalidade, a juventude ou o materialismo a velhice é sinónimo de incapacidade e rejeição.* Atualmente as sociedades ocidentais estão muito viradas para a competitividade, o lucro, relegam os seus elementos mais velhos, não aproveitando a sua sabedoria, aquela que só os anos podem dar, para ensinar as gerações mais novas. Os velhos são hoje vistos como um problema e não como uma potencialidade para o desenvolvimento da sociedade.

As principais implicações sociais do envelhecimento são o aumento da população inativa e reformada, os baixos rendimentos deste grupo da população, salientando-se que em Portugal este grupo da população é um dos mais desfavorecidos em termos económicos, registando as taxas mais elevadas no que respeita a incidência, severidade e intensidade da falta de recursos (CEPCEP, 2012:74).

Outras das implicações são ainda o isolamento físico e social de um número cada vez maior de idosos, e a incapacidade do sistema de saúde em dar resposta às necessidades específicas de uma população muito idosa e portanto muito mais vulnerável ao nível da saúde.

Estas implicações sociais devem ser vistas como um desafio e uma oportunidade para repensar e redefinir as políticas sociais, de saúde e económicas em Portugal.

2. As relações familiares e o isolamento social

De acordo com o Dicionário das Ciências Sociais (1988), família é um grupo social primário da sociedade, formado pelo conjunto de descendentes, ascendentes, colaterais e

parentes, unidos por laços de afinidade através do estabelecimento de um vínculo reconhecido socialmente (como o casamento ou a adoção) e de consanguinidade (como é exemplo a filiação entre pais e filhos). Os membros de uma família partilham entre si graus de parentesco e múltiplos laços, que vão sendo mantidos ao longo dos tempos.

Para Relvas (1996:310), a família é entendida como um sistema e só pode ser compreendido numa perspetiva holística. Esta autora define ainda família como uma rede complexa de relações e emoções, onde se podem verificar vários tipos de organização familiar.

Já para a OMS o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual, ou adoção, entendendo-se pelo mesmo qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum.

A família constitui assim, o principal e mais importante grupo de referência na vida de qualquer pessoa, tendo como funções: garantir proteção, responder às necessidades dos seus membros, proporcionar vínculos afetivos, segurança e estabilidade e atuando como veículo de modelos sociais e valores, contribuindo para a socialização dos seus elementos. Este processo de socialização vai sendo complementado por outros grupos à medida que a pessoa vai sendo integrada noutros contextos sociais. Relvas (1996:314), refere que uma família não pode ser compreendida isoladamente do resto do sistema e que o funcionamento e os mecanismos de *feedback* entre os seus membros são importantes no funcionamento deste sistema.

Contudo, a família enquanto grupo tem vindo a transformar-se ao longo dos tempos, acompanhando as transformações da sociedade, quer em termos demográficos, como económicos, sociais e culturais, o que faz com que os seus papéis e funções sociais também se tenham vindo a modificar.

Para Carvalho (2006: 21) a família é o suporte de realização afetiva do indivíduo, identificando as responsabilidades da família nas respostas às necessidades sociais dos seus membros. A família desempenha assim um importante papel na provisão de um vasto conjunto de serviços para responder às necessidades dos seus membros, acautelando os efeitos da incerteza em domínios importantes da vida como são os do mercado de trabalho ou dos cuidados pessoais.

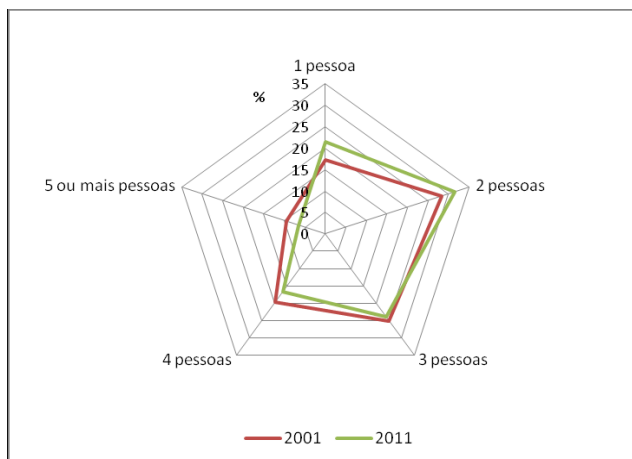
As modificações ocorridas na família tornam-se mais significativas na Europa após a 2ª Guerra Mundial e em Portugal mais visíveis após 1974, com a integração das mulheres no mercado de trabalho, o que contribuiu para *mutações nos papéis masculino e femininos*,

novos valores familiares, taxas mais elevadas de divórcio e de recasamento, subida dos valores de coabitação, descida da fecundidade e aumento da esperança de vida, maior autonomia dos indivíduos e dos casais em relação aos laços de parentesco (Wall, 2003:10). Este facto favoreceu o desenvolvimento de novas formas de família nomeadamente as famílias monoparentais, recompostas, pessoas que vivem sozinhas e mais recentemente um acréscimo de famílias de casais homossexuais.

Dados do INE (2011), apontam para que na última década, se tenham acentuado as transformações que se vinham a verificar ao nível da família e do lugar que esta ocupa na sociedade. Entre 2001 e 2011, o número de famílias clássicas aumentou cerca de 11%. Esta evolução decorre não só do crescimento da população, mas também da influência de outros fatores sócio demográficos, como as alterações na nupcialidade, o divórcio e a fecundidade, bem como o aumento da esperança de vida que concorrem para as alterações verificadas ao nível das estruturas familiares.

Ao analisarmos a dimensão média das famílias na última década, podemos verificar uma diminuição de 2,8 (2001), para 2,6 (2011). A região de Lisboa é uma das que tinha as famílias menos numerosas, com 2,4 elementos.

Gráfico 2: Dimensão média das famílias em 2001 e 2011



Fonte: INE, Estatísticas Demográficas

As famílias clássicas constituídas por uma só pessoa representavam em 2011, cerca de 21% do total das famílias, tendo o seu número vindo a aumentar nas últimas décadas. Também o número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representava a maior parte das famílias unipessoais e correspondia a cerca de 10% das famílias clássicas.

As alterações na composição das famílias produzem alterações no domínio das relações pessoais, sociais, económicas e afetivas entre os seus membros, particularmente entre as gerações mais jovens e mais idosas.

Apesar das transformações sofridas e das diferenças entre as famílias, Figueiredo (2007:24), salienta que maioritariamente são ainda as famílias que asseguram as funções básicas aos idosos, sendo mesmo consideradas *como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência*.

Já Serafim (2007:71) refere como consequência das alterações nas estruturas familiares, que o cuidar das pessoas idosas, anteriormente visto como uma obrigação dos familiares diretos, está atualmente a passar progressivamente para outras entidades, com são exemplo as IPSS.

Este facto é também relatado no Relatório Final elaborado pelo CEPCEP “O Envelhecimento da População”, a *evolução das estruturas familiares é um dos fatores prominentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista á promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento* (2012:43).

É na velhice que se verificam maiores alterações na estrutura familiar, já que os filhos adultos saem de casa dos progenitores, enfrentando estes, uma nova fase do ciclo vital, a família pós-parental podendo esta fase coincidir com a entrada na reforma (Figueiredo, 2007:29).

Atualmente, devido a vários fatores mas sobretudo à conjuntura sócio económica os filhos saem cada vez mais tarde de casa dos pais e mesmo quando saem alguns ainda continuam a depender destes financeiramente.

Nas relações familiares, os idosos desempenham hoje um papel fundamental no apoio aos elementos mais novos da família, como cuidados aos netos, desempenhando ainda múltiplos papéis de proteção e apoio. De acordo com o Relatório do CEPCEP (2012:167), o *apoio familiar prestado pelos idosos é mais valorizado do que em vários países da UE*.

A evolução das estruturas familiares coloca novos desafios em termos de necessidades sociais das pessoas idosas, assim como a organização das repostas com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no processo de envelhecimento. O aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas de conjugalidade, podem fazer diminuir o

número de cuidadores informais de idosos dependentes, aumentando o número de institucionalizações.

Contudo é ainda importante não esquecer que muitos idosos não possuem qualquer tipo de redes sociais pessoais, porque não constituíram família, ou porque não tiveram filhos, podendo estes ficar mais vulneráveis a situações de isolamento social.

Para Birou (1988:163) isolamento significa o estado de uma “coisa” ou de uma “realidade” que está separada de outras, sem contacto com elas. Um individuo encontra-se em isolamento físico, quando distanciado, separado de outros por grandes intervalos de tempo, sem contactos fáceis com estes, o que provoca uma ausência de relações sociais. É pois uma situação em que os membros de uma mesma sociedade não estabelecem entre si relações de troca e relações sociais que se deveriam normalmente esperar.

Desta definição depreende-se a não existência de contactos sociais com outras pessoas ou grupos nem participação na vida da comunidade onde se insere, deixando de existir uma rede social de apoio.

Conforme referido anteriormente o elevado número de agregados familiares residentes em Portugal constituídos por uma única pessoa com 65 ou mais anos, leva a fatores de isolamento. Rosa (2012: 35), refere as dificuldades de ser idoso em zonas urbanas, muito populosas, onde o edificado pode ser uma barreira, nomeadamente a degradação dos edifícios, muito comum nas grandes cidades e as dificuldades de mobilidade, pois trata-se de prédios de vários andares sem elevador, impossibilitando que os seus residentes venham à rua. As fracas relações sociais construídas nas grandes cidades, o afastamento dos filhos e de outros familiares acabam também por ser fatores que provocam o isolamento dos idosos.

Pimentel (2005:37), também menciona que a vida nos grandes aglomerados urbanos não permite muitas vezes, manter relações de comunidade e vizinhança. Na maioria dos casos não há origens comuns e dificilmente as pessoas se conhecem e mantem relações duradoras e de confiança com pessoas que lhe estão próximas, ou seja, durante a sua vida muitas pessoas não conseguem estabelecer relações sociais significativas e com a velhice vão ficando cada vez mais isolados, podendo estar ausentes vários dias sem ninguém dar pela sua falta.

Como fator de vulnerabilidade social acresce ainda que com o avançar da idade, principalmente a partir dos 75 anos, ocorrem importantes perdas ao nível dos órgãos

sensoriais e motores que podem dificultar o contato com o mundo exterior. Dificuldades como ouvir, ver e andar podem restringir as saídas ao exterior, passando-se assim a depender de outros para manter relações de sociabilidade (Paúl, 1992:78). Contudo para esta investigadora a falta de objetivos de vida será o principal motor que leva ao isolamento e à solidão nos idosos.

Outros fatores que contribuem para o isolamento social são ainda a viuvez, o analfabetismo (dificuldades no acesso à informação escrita e falada) e a situação económica desfavorecida, nomeadamente as baixas reformas. Fonseca (2004:174) refere que os níveis de isolamento e solidão são mais comuns em idosos mais desfavorecidos e expostos a fatores de pobreza, com poucos interesses e com baixa capacidade de ocupação em atividades de carácter pessoal.

Outros autores referem ainda que a falta de afeto e o abandono na velhice podem levar a sentimentos de tristeza e solidão, por vezes provocado por circunstâncias relativas a diminuições das capacidades físicas, que levam a um distanciamento, e consequentemente podem provocar isolamento social. Neste contexto referem que idosos com perceção de uma maior preocupação por parte dos familiares e amigos apresentam menos sentimentos de isolamento e solidão (Barroso e Tapadinhas, 2006:5). Também com a perda de familiares e amigos, a solidão pode aumentar e provocar sentimentos de ansiedade face às expectativas da morte. Para estas investigadoras *a perda do cônjuge, de um amigo, familiar ou colega, pode provocar ansiedade na medida em que o idoso pode prever que a sua morte também se avizinha.*

No Relatório Final do CEPCEP (2012:89), aparecem citados os autores Findlay e Cartwright (2002), que referem como fatores de risco que podem potenciar o isolamento social:

- Ter uma doença física ou mental
- Ser muito idoso (mais de 80 anos)
- Viver sozinho
- Ser cuidador de outrem por período longo
- Sofrer a perda de um ente querido
- Ser vítima de maus tratos na terceira idade
- Ter dificuldades de comunicação (audição)
- Possuir baixas habilitações
- Ter dificuldade de acesso a meios de transporte
- Residir em zonas pobres

Apesar de ser uma fase menos ativa do ciclo de vida, os idosos não têm que ficar inertes e sujeitar-se a um envelhecimento inconsciente e involuntário por isso é importante que o idoso tenha uma velhice bem-sucedida, ou seja, que tenha a possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, mantendo uma participação social ativa⁸.

Uma velhice bem-sucedida está associada à reduzida probabilidade de doenças especialmente as que levam a perdas de autonomia. O isolamento é um fator de risco para a saúde pelo que os idosos devem assim continuar a participar ativamente na vida das comunidades onde estão inseridos, desenvolver atividades de ocupação dos tempos livres que permitam novas aprendizagens e conhecimentos (aprendizagem ao longo da vida) e estabelecendo novas relações sociais (Fontaine,2000:148).

3. Políticas Públicas, necessidades sociais e inovação na área das respostas aos idosos

O Estado-Providência⁹ foi impulsionador na implementação das políticas sociais, para responder a problemas sociais emergentes que surgiram no decorrer do séc. XIX, com o objetivo de garantir a proteção social das populações. Estas políticas regiam-se pelos princípios da universalidade e do bem-estar coletivo em nome do interesse público, através da garantia do bom funcionamento do mercado e da eficiência económica em conciliação com a promoção de um conjunto de bens e serviços para os cidadãos, nomeadamente de direitos fundamentais como a saúde, a educação e a habitação.

O objetivo da política social é o bem-estar, promovido, designadamente através de satisfação de necessidades humanas e resolução dos problemas sociais (Costa e outros, 1999:33).

Em Portugal, a emergência do Estado-Providência no pós 25 de abril de 1974, com a Constituição da República de 1976, coincide com o período em que por todo o mundo já se assistia ao início da crise do mesmo, assim como às primeiras críticas sobre a sua capacidade de financiamento.

Estudos europeus comparados sobre o Estado-Providência registaram, nos últimos anos, um forte crescimento dos gastos públicos totais, conforme descrito por Mozzicafreddo

⁸ Conceito de “Envelhecimento Ativo”- OMS (2002)

⁹ Estado-Providência é uma forma de organização político-social que colocava no Estado, o papel de regulamentador de toda a vida política, económica e social, bem como promotor do bem-estar social coletivo e de defesa dos direitos fundamentais em nome do interesse público

(1997:33), deixando o Estado de ter capacidade para regulamentar as estruturas e para garantir o bem-estar dos cidadãos.

Para que as políticas sociais consigam assegurar o bem-estar dos cidadãos tem-se vindo a defender a lógica de uma política descentralizada, ou seja, a transferência de algumas das responsabilidades e atividades do Estado para outros intervenientes ou atores, seja entidades públicas como as autarquias, ou instituições da sociedade civil, como são exemplo as organizações não-governamentais e as instituições particulares de solidariedade social.

Para Mozzicafreddo (2003:1991) a descentralização é *a ideia de proximidade com os cidadãos... uma forma de tornar a administração mais próxima e transparente para com as pessoas*. A descentralização potencia um melhor conhecimento dos problemas tornando as políticas sociais mais justas e adequadas às necessidades das populações, permitindo um melhor controlo dos custos do Estado.

Um dos bons exemplos de territorialização e de descentralização é a medida de política Rede Social, criada através de uma Resolução do Conselho de Ministros nº197/97, cujo objetivo é procurar soluções para os problemas sociais diagnosticados a nível local, com base nos princípios da subsidiariedade, integração, articulação e inovação. Tem âmbito territorial, de nível concelhio, bem como nacional e supranacional, pois segue a lógica da perspetiva macro para a micro, do geral para o particular, do supranacional até ao local e o inverso, orientando-se por diretrizes nacionais e internacionais.

Compete às autarquias, de acordo com a Lei nº 159/99 e a sua revisão pela Lei 5-A/2002, dinamizar e fazer funcionar a Rede Social, contribuindo na elaboração do diagnóstico social, instrumento de trabalho que permite, segundo Comte, *conhecer para atuar* (citado por Idanez e Ander-Egg, 2008:16), bem como no planeamento estratégico de ações, com vista ao desenvolvimento social local e à defesa dos interesses dos cidadãos. Pressupõe a participação de diferentes atores locais para que, num trabalho conjunto, se reflita sobre os problemas, os constrangimentos e potencialidades de cada território.

De acordo com o Relatório Final de Avaliação “Projeto Rede em Prática” (IESE, 2012:185), *a rede social foi criada num momento em que a administração central pretendia inovar nos conteúdos de políticas, na sua territorialização e na experimentação de novos conceitos e metodologias de aplicação das políticas*. Este objetivo foi em parte conseguido, assente numa dinâmica de parcerias locais, envolvendo entidades públicas, privadas e o setor empresarial, onde a experimentação de novas metodologias de intervenção potenciaram a

inovação com a criação de novos modelos de intervenção social, ajustados às realidades e dinâmicas territoriais.

No quadro de uma Europa cada vez mais unificada e, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento social e para uma maior harmonização, defende-se o modelo social europeu onde se procura que todos os Estados Membros sigam orientações gerais, bem como objetivos e instrumentos comuns no desenvolvimento de projetos regionais e locais, implementados de forma contextualizada e adaptados às características de cada país. Nos últimos anos, tem-se assistido à harmonização da legislação dos diferentes Estados Membros, decorrentes de diretrizes europeias, em áreas como o emprego, a segurança social, a economia, entre outras, de forma a serem alcançados padrões de proteção mais justos e equitativos entre os países.

Ao fazermos uma breve análise às políticas de velhice em Portugal verifica-se que até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objeto de uma política social específica, pelo que a proteção social deste grupo da população era quase inexistente (Martins, 2006:127 citando Quaresma,1998).

A mesma investigadora (Martins,2006:127, citando Fernandes,1997) refere que a evolução das relações entre gerações, bem como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por *políticas de velhice*, entendendo-se estas como o *conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade*.

A Constituição da República Portuguesa define no seu artigo 72º, que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e condições de habitação e convívio familiar, que respeitem a sua autonomia pessoal que evitem o isolamento e a marginalização social. Este princípio é concretizado através de políticas sociais dirigidas a este grupo da população, como a atribuição de prestações pecuniárias, designadas por pensões, que podem ser de velhice, de sobrevivência, por invalidez e viuvez, dos regimes contributivos, ou seja beneficia o individuo que contribuiu durante a sua vida ativa para o sistema de proteção social.

O regime não contributivo foi introduzido em 1974, inclui uma pensão social, que apoia indivíduos sem recursos para a sobrevivência que nunca contribuíram para o sistema.

Já em 2000, Capucha (2000:345), referia que a maioria dos pensionistas encontram-se no limiar da pobreza, salientando que não é possível resolver os problemas da economia à custa deste grupo da população, por ser um dos mais vulneráveis.

Dados da Segurança Social referidos no Relatório Final do CEPCEP (2012:73), mencionam que em 2011, 84,1% dos pensionistas de velhice da Segurança Social recebiam menos de € 500,00/mensais, sendo que apenas 6% tinham pensões superiores a € 1.000,00/mensais. Estamos pois perante um grupo da população muito vulnerável economicamente.

Este foi um dos motivos para em 2005, ter sido introduzido o Complemento Solidário para Idosos que é uma prestação monetária para pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, com baixos recursos, sendo o seu pagamento mensal. É uma prestação complementar à pensão que o idoso já recebe. Perspetivava-se assim resolver o problema dos idosos com pensões mais baixas.

O sistema de proteção social em Portugal contempla ainda outros benefícios em forma de transferências financeiras para situações decorrentes de incapacidades físicas e psíquicas, como o complemento por dependência, atribuído em casos de doença incapacitante.

Como políticas sociais implícitas podem-se considerar a isenção de taxas moderadoras na saúde, a redução dos custos dos medicamentos ou de exames complementares de diagnóstico e o rendimento social de inserção (Carvalho, 2006:11).

As políticas sociais para idosos abrangem ainda a prestação de serviços sociais, onde se destacam as respostas sociais: Lar, Centro de Dia, Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário, participadas diretamente pelo Estado a IPSS.

Estas respostas sociais têm por objetivo proporcionar cuidados para satisfazer as necessidades básicas dos idosos; contudo, como já foi referido, o número de idosos tem tido um incremento significativo nos últimos anos, não tendo o mesmo sido acompanhado pelo aumento do número de vagas protocoladas em Instituições, o que faz com que nos grandes aglomerados urbanos a procura seja sempre superior à oferta.

Para Carvalho (2006: 25) *o aumento do grupo das pessoas mais idosas revela também a sua heterogeneidade e diversidade, sobretudo em relação ao seu modo de vida, práticas e*

expectativas sociais, pelo que a tipificação das respostas sociais, para idosos, pode ser um obstáculo na resposta às suas necessidades.

De acordo com a Lei de Bases da Segurança Social¹⁰ as respostas sociais têm por principal objetivo garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade adequados à satisfação das respetivas necessidades e expectativas, promovendo condições de autonomia e bem-estar, favorecendo a sua permanência no domicílio e no seu meio familiar e social e privilegiando a sua inserção social e comunitária.

Carvalho (2006: 20) refere que *a política social dirigida às pessoas idosas em forma de serviços sociais justifica-se pela existência desse grupo de pessoas, possuidoras de características próprias, da constatação que nesse grupo existem situações sociais que podem ser modificadas através do exercício de solidariedade formais e ação institucional cujos instrumentos são os serviços que lhe são prestados.*

As principais respostas sociais para idosos são:

Resposta Social	O que é	Objetivos
Centros de Convívio	Resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir a solidão e o isolamento - Incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local - Fomentar as relações interpessoais e entre as gerações - Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições
Centros de Dia	Resposta que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador - Prevenir situações de dependência e promover a autonomia - Promover as relações pessoais e entre as gerações - Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida - Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições - Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador
Serviços de Apoio Domiciliário	Resposta que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias - Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar - Contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais - Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia - Prestar os cuidados e serviços adequados às

¹⁰ Decreto-Lei n.º 39/2011 de 21 de Março

	instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito	necessidades dos utentes (mediante contratualização) -Facilitar o acesso a serviços da comunidade -Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores
Estruturas residenciais para idosos	Resposta destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos	-Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas -Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo -Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar -Potenciar a integração social
Centros de Noite	Resposta que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas de 65 e mais anos com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.	-Acolher pessoas idosas autónomas durante a noite -Assegurar bem-estar e segurança -Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida -Evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.
Acolhimento familiar	Resposta que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro	-Acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança -Garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade -Evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições

Como referido anteriormente estas respostas são tipificadas e não respeitam a heterogeneidade dos idosos, pelo que será importante definir uma estratégia que promova uma visão integrada do envelhecimento e que considere cada indivíduo único, possuidor de traços próprios de natureza biológica, psicológica, social e cultural.

Para Brage(1999:17) reconhecer a existência de necessidades humanas como necessidades sociais, com valores, finalidades e sujeitos definidos, tem sido um grande passo para a construção da cidadania. É neste contexto que a formação e o desenvolvimento de políticas públicas têm muitas vezes por base necessidade sociais identificadas, que foram problematizadas e transformadas em direitos.

No estudo “Necessidades em Portugal – tradições e tendências emergentes”, realizado em 2009, pela TESE- Associação para o Desenvolvimento¹¹ o conceito de necessidade *refere-se a um conjunto multidimensional de perceções de carência e/ou a um conjunto de danos físicos, psíquicos ou sociais – estes últimos, socialmente ou individualmente identificados e reconhecidos como expressões ou manifestações práticas de estados de carência - cuja deficiente e/ou insatisfatória resposta e provisão obsta à plena inserção social dos*

¹¹ O estudo foi promovido pela TESE em parceria com o ISS e a Fundação Calouste Gulbenkian, sob coordenação científica do CET-ISCTE

indivíduos, eventualmente prejudicando a otimização das oportunidades da vida individual e coletiva (citando Gough e Doyal,2006).

Na maioria das vezes, as necessidades das pessoas são formuladas pelos serviços e a sua identificação e satisfação limitada pelos recursos disponíveis, sendo que a padronização e a escassez de respostas não permite fazer escolhas, sendo assim é importante uma mudança de paradigma, passando as necessidades das pessoas para a priorização da intervenção social, podendo assim diversificar-se as mesmas e inovar nas práticas.

É pois, fundamental encontrar soluções para as necessidades sociais, quer seja ao nível das estratégias, conceitos, ideias, que respondam a uma população idosa em crescimento, que será cada vez mais exigente nas suas escolhas. É neste sentido, que a investigadora Paúl (1994:21) tem vindo a chamar a atenção para a importância do estudo do envelhecimento como suporte à criação de medidas e implementação de serviços promotores do bem-estar deste grupo da população.

Com a crise económica instalada em Portugal, e o aumento da população idosa, sobretudo da muito idosa (mais de 75 anos), surge a necessidade de repensar respostas sociais e serviços adequando-os às necessidades dos seus utilizadores, devendo os mesmos ser diversificados, inovadores e eficientes do ponto de vista económico.

Numa breve abordagem ao conceito de inovação social, este refere-se a novas ideias, produtos e serviços que respondam às necessidades sociais dos indivíduos e que criem relações sociais de colaboração¹².

Machado (2008:309), cita Zaltman e outros (1973), que referem que a inovação pode ser entendida como uma ideia, uma prática, relevante e única, adotada em determinado processo. Para este autor toda a inovação implica uma mudança, mas nem toda mudança implica inovação, ou seja podemos mudar uma realidade mas não acrescentar valor à mesma.

Quando se fala de inovação social deve haver uma intencionalidade e propositada nova configuração das práticas sociais realizadas por um determinado grupo de interessados. Ou seja o objetivo é resolver ou satisfazer problemas sociopolíticos ou necessidades de modo

¹² Comissão Europeia 2010, a partir da definição do Livro Aberto de Inovação Social, Murray, Calulier-Grice e Mulgan, Março de 2010

melhor do que seria possível, com base em práticas estabelecidas (CEPCEP, 2012:3 citando Heinze e outros).

Pode-se assim dizer que a inovação social acontece quando se encontram novas respostas ou soluções para as necessidades sociais. As novas respostas referem-se a novas estratégias, conceitos, ideias e organizações que respondem aos mais diversos problemas sociais, principalmente nas áreas em que estes se estão a agravar, como é a do envelhecimento.

A inovação social pode ser dirigida para o mercado com fins lucrativos ou sem fins lucrativos com orientações pendentes para desafios/questões sociais, considerando como principais critérios para as inovações sociais:

- Orientação para a interligação desafios sociais/questões sociais;
- Novas soluções no sentido de uma compreensão real da novidade;
- Novas configurações específicas de práticas sociais;
- Integração dos utilizadores finais;
- Sustentabilidade das medidas.

Pela sua proximidade às populações, o poder local, nomeadamente os municípios podem ter um papel muito relevante na procura destas novas soluções, definindo novas políticas para a intervenção com os grupos mais vulneráveis da população, onde se inserem os idosos.

4. Síntese final e modelo de análise

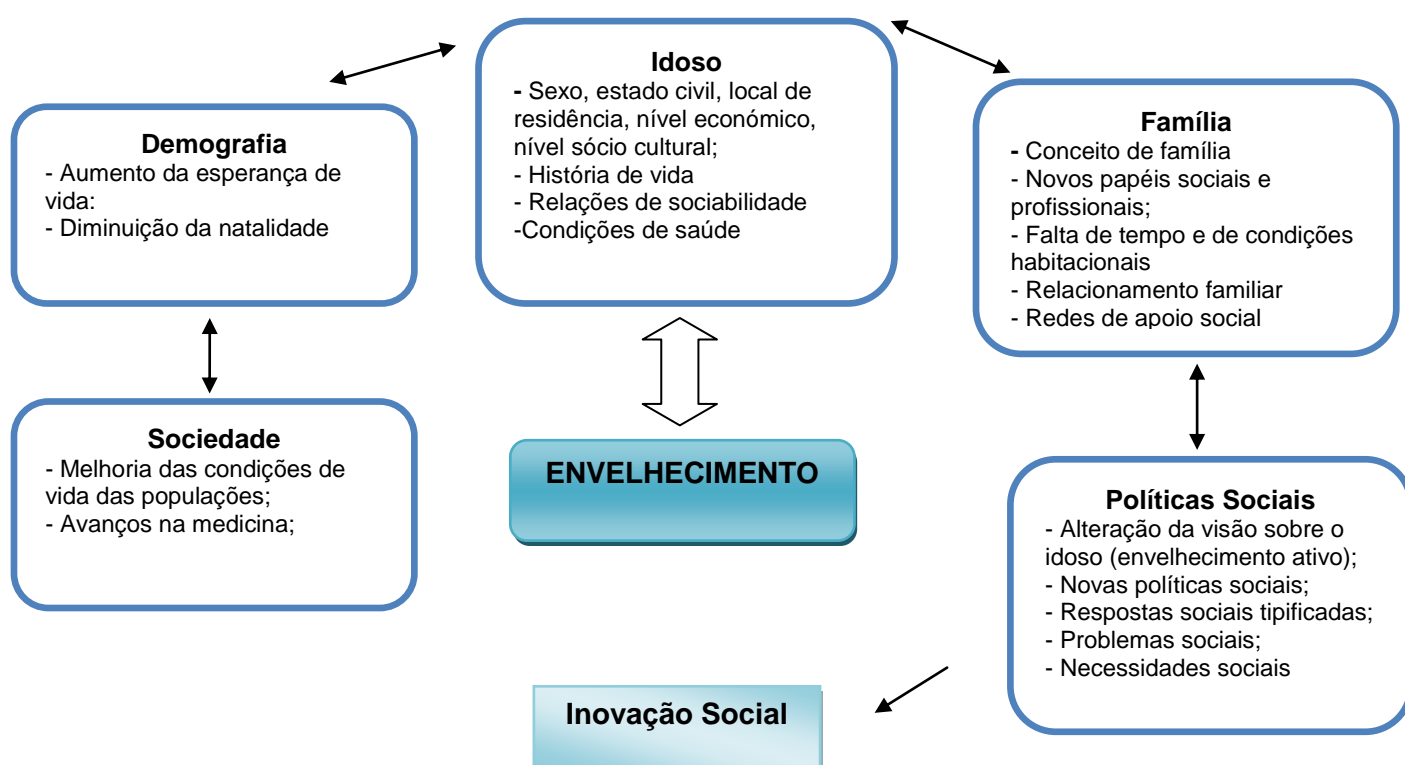
No final deste capítulo importa explicitar o modelo de análise subjacente a esta investigação. A mesma é do tipo descritivo e exploratório, porque permite descrever os factos e fenómenos de uma determinada realidade e possibilita ao investigador aprofundar o estudo e conhecimento a respeito de um problema, possibilitando ainda o levantamento de possíveis problemas de pesquisa.

Para Quivy e Campenhoudt (1992:151) modelo de análise é *o prolongamento natural da problemática, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e análise*. No caso concreto pretendia-se conhecer melhor o fenómeno do envelhecimento no município da Amadora, perceber quais os problemas e as necessidades sociais identificadas pelos idosos isolados e/ou

dependentes e reconhecer de que forma estes podem influenciar as políticas sociais locais, através da dinamização de projetos/atividades com carácter inovador.

Seguidamente apresenta-se o modelo de análise:

Figura 1: Modelo de análise



Concluindo, este modelo de análise parte do conceito de envelhecimento para uma análise das suas dimensões, tendo-se considerado, a perspetiva individual (idoso) e a demográfica, a sociedade enquanto contexto que permite através da melhoria das condições de vida das populações viver mais anos, com autonomia, devido aos inúmeros avanços na medicina, o papel da família no processo de envelhecimento, relacionando a alteração de papéis na família com o isolamento social e a necessidade de procurar fora deste grupo social apoio para os cuidados a idosos em situação de dependência. É neste contexto que é abordada a dimensão políticas sociais para a área do envelhecimento, procurando identificar a partir dos problemas e necessidades sociais a implementação de repostas inovadoras.

Parte II. Breve caracterização do território onde decorre a investigação

1. O envelhecimento no Município da Amadora

O concelho da Amadora situa-se no distrito de Lisboa, a 10 Km a noroeste da capital, tendo sido criado em 11 de setembro de 1979¹³. Insere-se na AML e é limitado pelos concelhos de Oeiras a sul, de Odivelas a norte, de Sintra a oeste e de Lisboa a este.

Figura 2: AML/Localização município da Amadora



Fonte: Área Metropolitana de Lisboa

O Município ocupa uma área de cerca de 24 Km², densamente povoados, onde residem atualmente 175 135 habitantes (7 297 habitantes por km²). Com a reorganização administrativa passará em outubro do corrente ano de 11 para 6 freguesias.

Impulsionado pela conjuntura económico-social, a população do Município da Amadora tem vindo a envelhecer. A análise dos dados do Recenseamento Populacional realizado pelo INE em 2011 permite-nos verificar que 19% do total da população tem idades superiores a 65 anos, mais 4% que em 2001. Este aumento da população idosa está relacionado com o incremento da longevidade da população residente, promovida pela melhoria nos cuidados e serviços de saúde, sendo que do total da população idosa residente no Município em 2011 (32 742), 42% tinha idades acima 75 anos.

¹³ Lei n.º 45/79 de 11 de setembro de 1979

Outro fator a ter em conta na análise demográfica é o número de idosos a residirem sozinhos ou na companhia de outro idoso, normalmente o cônjuge. Encontram-se nesta situação 65% do total de idosos residentes no município com 65 ou mais anos. Segundo dados do INE, na Amadora 7 703 alojamentos estão ocupados apenas por um idoso.

Quadro 5: Alojamentos familiares de residência habitual cujos residentes são apenas pessoas com 65 ou + anos, segundo n.º de residentes

Localização Geográfica	Alojamentos familiares de residência habitual e cujos residentes são pessoas com 65 ou + anos de idade, segundo o número de residentes					
	Pop. Residente	Indivíduos Residentes c/65 ou + anos	Indivíduos c/65 ou + anos vivendo sós ou com outros do mesmo grupo etário	Total de alojamentos familiares	Total de alojamentos familiares só com pessoas com 65 ou + anos	Alojamentos com 1 pessoa com 65 ou+ anos
Amadora	175136	32742	21461	88002	14512	7703

Fonte: INE, Estatísticas Demográficas

O envelhecimento da população é ainda impulsionado pelas reduzidas taxas de natalidade e com a diminuição da população residente, como consequência do encarecimento habitacional, uma vez que os jovens não conseguem suportar os custos habitacionais impostos pelo mercado imobiliário no município, não viabilizando, deste modo, a fixação de população mais jovem. A situação não é ainda mais grave devido ao elevado número de população emigrante que se fixou neste território, nomeadamente proveniente dos PALOP, em que se destaca a comunidade Cabo Verdiana, onde se verifica ainda uma elevada taxa de natalidade.

As dinâmicas demográficas neste território são caracterizadas por uma pirâmide etária duplamente envelhecida, sendo que os escalões etários com idades iguais ou superiores aos 65 anos têm vindo a assumir um lugar preponderante na estrutura demográfica do Município.

O aumento da esperança média de vida impulsionou a emergência de novos problemas sociais, intimamente relacionados com o segmento da população mais idosa e por isso mais vulnerável a situações de risco. O isolamento e solidão, aliados à progressiva dependência e pouca autonomia, às debilidades físicas e emocionais e à precariedade económica de que este grupo social é alvo, tornam-no vulnerável a situações de constrangimento social que são necessários prever e contornar.

Impõem-se novas questões relacionadas com a promoção do bem-estar do idoso, garantindo e promovendo a melhoria da sua qualidade de vida, nomeadamente através consolidação de uma rede de respostas sociais e do trabalho em parceria.

Tendo presente o quadro 6, verifica-se que dos idosos residentes no Município, 2 169 estão institucionalizados, o que corresponde a 6.6% da população idosa residente. O maior número de idosos institucionalizados frequenta a resposta social de Centro de Dia/Convívio. Verifica-se ainda um aumento de 11% na cobertura da resposta de SAD de 2011 para 2012. A resposta de Lar continua a ser a mais deficitária.

Quadro 6: Idosos institucionalizados por resposta social

Resposta Social	Idosos Institucionalizados			
	2011		2012	
	N.	%	N.	%
Centro de Dia/Convívio	2.108	68%	1149	53%
SAD	682	22%	716	33%
LAR	310	10%	304	14%
Total	3.100	100%	2.169	100%

Fonte: MSSS- Carta Social 2011 e 2012

Da análise do quadro 7, constata-se que a maioria dos idosos residentes no Município da Amadora é beneficiário do regime geral na situação de velhice.

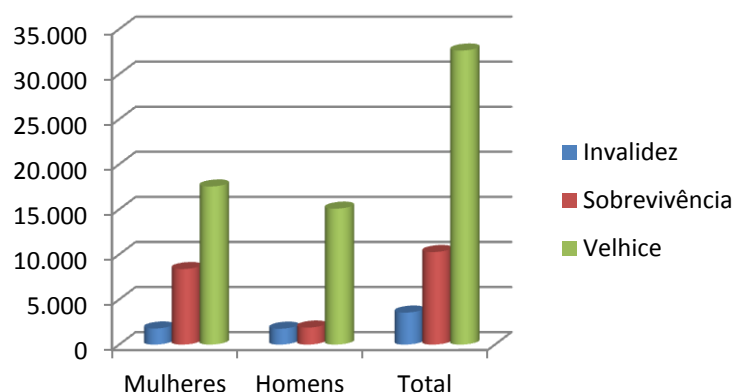
Quadro 7: Pensionistas ativos por tipo de pensão e regime

Tipo de Pensão	Regime Geral	Regime Pensão Social	Regime Regulamentar Rural	Regime Rural transitório	Total
Pensionistas de Invalidez	3.011	521	10	4	3.546
Pensionistas de sobrevivência	10.135	26	105	0	10.266
Pensionistas de Velhice	31.923	500	186	11	32.620

Fonte: Instituto Informático, IP – MSSS

As mulheres são as maiores beneficiárias de pensão de sobrevivência, conforme se pode verificar no gráfico 3.

Gráfico 3: Pensionistas ativos por tipo de pensão e género



Fonte: Instituto Informático, IP - MSSS

Segundo o Instituto de Informática do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, em 2012 receberam Complemento Solidário para idosos (CSI)¹⁴ 2.559 idosos residentes no município, destes mais de 35% têm idades superiores a 80 anos.

Quadro 8: Beneficiários de CSI por escalão etário

Município	Escalões Etários					Total
	65-69 anos	70-74 anos	75-79 anos	80-84 anos	85 ou +	
AMADORA	411	592	647	498	411	2559

Fonte: Instituto Informático, IP - MSSS

Relativamente às políticas sociais dinamizadas pelo município da Amadora, pode-se constatar que as mesmas têm suporte no Diagnóstico Social elaborado em 2004, atualizado em 2008 e 2011, *onde foram valorizados os contributos dos diversos atores sociais, numa lógica participativa* (DS, 2011:11).

Ainda de acordo com este documento (DS, 2011:18) o *envelhecimento da população faz-se sentir em todo o território, sendo a população sénior, o segmento da população que maiores preocupações suscitam ao nível da intervenção social desenvolvida a nível local*. O aumento do número de idosos com idades mais avançadas tem implicações diretas relacionadas com a pobreza, pelos baixos valores das proteções sociais: para estes idosos a qualidade de vida depende dos apoios formais e informais disponíveis na comunidade (REOT, 2007:125), sendo necessário criar novas respostas sociais que vão ao encontro das suas necessidades, combatendo o isolamento social.

¹⁴ O CSI é um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com mais de 65 anos e com baixos recursos.

Com base na progressiva tendência de envelhecimento populacional num município ainda jovem¹⁵, foram ouvidos os idosos residentes, os técnicos com intervenção nesta área, nomeadamente diretores técnicos de respostas sociais e dirigentes associativos, resultando deste trabalho o Plano Gerontológico (PDS, 2011), documento de planeamento, que faz parte do Plano de Desenvolvimento Social 2012-2014.

O Plano Gerontológico (2011:3) pretende desenvolver um quadro estratégico de intervenção para a população idosa, considerando e gerindo os recursos existentes no município: o plano assenta em três eixos de intervenção:

- Envelhecimento ativo;
- Apoios e respostas sociais;
- Promoção da saúde.

Da análise dos dados da Carta Social 2012, verifica-se que a taxa de cobertura dos equipamentos sociais de apoios aos idosos é reduzida face à população residente. A importância de pensar novas infraestruturas capazes de responder às necessidades da população, a inovação nas respostas, apostando na diversificação e adequação dos serviços existentes é por isso urgente.

A intervenção social na área dos idosos é pois uma prioridade da autarquia e das instituições locais, destacando-se seguidamente alguns projetos a decorrer atualmente e que respondem já a algumas necessidades identificadas junto da população idosa.

Projeto	Objetivo
AmaSenior – Apoio Alimentar	Fornecer refeições no domicílio aos fins-de-semana e feriados, a idosos beneficiários de resposta social SAD ou Centro de Dia 5 dias por semana, alargando assim o apoio para 7 dias.
Animocentro	Promover o convívio e a partilha de experiências entre utentes de Centro de Dia, através da dinamização de atividades sócias recreativas
SAD para Todos	Criação de uma bolsa de vagas de SAD em IPSS do Município; essas podem ser acionadas sempre que surjam situações de urgência, que não possam aguardar vaga nas Instituições protocoladas com o ISS, garantindo assim o devido acompanhamento do idoso;
Linha de Saúde	Facilitar o acesso aos Serviços de Saúde por parte dos munícipes com 65 ou mais anos utentes do Cartão Amadora 65 +, nos períodos noturnos, fins-de-semana e feriados;
STAPA	Este projeto pretende ser um complemento ao Serviço de Apoio Domiciliário e dar resposta a pessoas idosas ou em situação de dependência, que vivam ou permaneçam longos períodos sozinhas e que necessitem de apoio imediato no seu domicílio.
Multiserviços	Realização de reparações nos domicílios de pessoas em situação de dependência;
Mais Perto – Voluntariado de Proximidade	Apoiar idosos nas atividades da vida diária e idas ao exterior;

¹⁵ O município da Amadora foi criado a 11 de setembro de 1979

Cartão Amadora 65 +	Promover a melhoria e a qualidade de vida dos idosos, possibilitando o acesso a alguns bens e serviços.
Férias Seniores Veteranos	Pretendeu-se com a sua realização proporcionar condições para o bem-estar físico dos reformados, pensionistas e idosos residentes no Município, fomentar o aprofundamento das relações humanas entre grupos e quebrar a solidão minimizando a exclusão social.
Histórias Avós e Netos	Fomentar o respeito pelos mais velhos e a troca de experiências e solidariedades entre duas gerações (criança/avós)
Recrutar a Vida	Promover a comunicação interpessoal, combatendo o isolamento e a solidão, através da dinamização de atividades para ocupação de tempos livres

Parte III – Enquadramento metodológico

1. Problematização

Segundo Fortin (2000:17), *a investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação*. A investigação a partir da prática profissional deverá ser incrementada, pois permite uma aproximação à realidade social e uma conceção de estratégia que permite repensar e renovar as práticas (Martins, 1999:56).

É neste contexto que surge a presente investigação. O seu objeto foi construído a partir da prática profissional da investigadora, tendo como objetivo conhecer os idosos isolados e/ou dependentes residentes no município da Amadora e identificar as suas necessidades sociais, tentando perceber se estas podem ser geradoras de intervenções sociais inovadoras, que possam influenciar as políticas sociais locais nesta área de intervenção.

Com esta investigação, pretende-se assim aprofundar o conhecimento sobre uma realidade ainda pouco conhecida e levantar hipóteses para o seu entendimento. Com este objetivo foi definido o conceito, as dimensões de análise e os indicadores.

O estudo teve início com a análise documental, tendo sido a pesquisa estruturada em quatro grandes áreas: envelhecimento, relações familiares, isolamento social e as políticas públicas como forma de estruturar o quadro conceptual. A teoria confere significado à recolha de dados e a utilização de conceitos-chave *sugerem que um determinado fenómeno deva ser abordado de um determinado modo* (Moreira, 1994:21).

A problematização consiste em formular o projeto de investigação, articulando duas dimensões que nele se constituem mutuamente: uma perspetiva teórica e um objeto de investigação concreto o que se confronta com a realidade existente na vida das pessoas que constituem o universo do estudo (Quivy e Campenhoudt, 1992:91).

Conforme referido no capítulo anterior, o aumento da população idosa em Portugal é uma realidade com efeitos nos diferentes níveis de intervenção das políticas públicas. A área do envelhecimento está presente nas preocupações das sociedades atuais, dado o aumento demográfico deste grupo, ampliando assim o número de população inativa face ao número de população ativa, com as consequentes implicações nos sistemas de proteção social.

Em Portugal, tem-se assistido nos últimos anos a uma definição reativa de políticas sociais, ou seja, são implementadas políticas, para responder a novas solicitações das populações, não se antecipando tendências nem efetuando estudos que permitam perspetivar qual o

melhor caminho a seguir, tendo em conta a atual heterogeneidade da população idosa alvo das mesmas.

Por isso, assiste-se hoje a uma deterioração da qualidade de vida dos mais velhos, que devido ao avançar da idade, veem as suas condições de saúde degradarem-se, ficam cada vez mais isolados, seja por dificuldades ao nível das relações de sociabilidade e/ou afastamento dos seus familiares, seja por barreiras físicas, como são nas grandes cidades os prédios com vários andares sem elevador e as dificuldades de mobilidade em espaço público.

Este grupo da população é também bastante vulnerável economicamente, pois constituem-se de pessoas que dependem na sua maioria de reformas por velhice, baixas e que não lhe permitem ter acesso a todo o tipo de bens e serviços de que necessitam.

Esta investigação para além de caracterizar os idosos isolados e/ou dependentes residentes no município da Amadora, pretendeu também fazer a sua georreferenciação, através de uma aplicação informática disponível em rede, que facilitará posteriores intervenções junto desta população.

2. Metodologia de investigação

A metodologia a adotar numa pesquisa depende diretamente do objeto de estudo, da sua natureza, amplitude e dos objetivos do investigador. A intenção dos investigadores não é só descrever, mas compreender os fenómenos, pelo que é necessário recolher dados que mostrem o fenómeno de forma inteligível (Quivy e Campenhoudt, 1992:41).

Toda e qualquer problemática deve iniciar-se a partir de uma preocupação teórica. Se um pressuposto é verdade e corresponde ao primado da teoria sobre a prática, é necessário que a mesma seja complementada com técnicas de observação que permitem recolher informações concretas e procurem dar resposta aos problemas a investigar.

O recenseamento da população idosa teve por objetivo proporcionar maior familiaridade com as questões do isolamento e dependência deste segmento da população, com o objetivo de o tornar mais explícito, uma vez que não existiam estudos/investigações sobre o fenómeno do envelhecimento populacional na Amadora e também, porque ao nível da intervenção social é fundamental definir as estratégias de intervenção com base num diagnóstico aprofundado da situação.

Assim, o recenseamento da população idosa teve por objetivo geral caracterizar os idosos isolados e/ou em situação de dependência com 65 ou mais anos, residentes no município da Amadora, identificando as principais necessidades sociais. Neste sentido, num primeiro momento recorreu-se à técnica da observação, que possibilitou reflexões sobre o objeto de estudo, a dinâmica do grupo alvo e a sua relação com o contexto em que se insere. Esta fase teve o envolvimento de assistentes sociais que intervêm no município ao nível do atendimento e acompanhamento social.

Paralelamente foi elaborada uma proposta prevendo o envolvimento da comunidade e de todos os agentes locais na concretização do recenseamento. Esta foi apresentada e aprovada por unanimidade pelos parceiros do Conselho Local de Ação Social.

Foi realizada uma campanha pública na cidade, com a divulgação no *website* da autarquia, através da distribuição de cartazes e folhetos¹⁶ no comércio e serviços de proximidade, sensibilizando para a importância de sinalizar situações de idosos isolados e/ou dependentes sem acompanhamento dos serviços de ação social (município, freguesias, segurança social e IPSS's). Para efeitos de sinalização foi construída uma ficha para recolha de informação e sinalização¹⁷, utilizada por todos os parceiros. A sinalização das situações foi efetuada para a CMA/Divisão de Intervenção Social entre outubro de 2012 e abril de 2013.

Após a receção das fichas de sinalização foram efetuadas visitas domiciliárias, por assistentes sociais da autarquia. A visita domiciliária enquanto técnica utilizada na prática do serviço social teve por objetivo atualizar o diagnóstico da ficha de sinalização através da realização de entrevista e observação em casa dos idosos sinalizados. Nas visitas as assistentes sociais puderam obter informação para diagnóstico sobre a rede de suporte, a prestação de apoio, a problemática dominante e outras problemáticas do agregado familiar, a situação financeira, o estado da habitação e a relação do idoso com outros elementos da família. Foi também avaliada a utilização de serviços prestados pela autarquia e pelas instituições que no município prestam respostas à população idosa. Por último foi efetuado o levantamento de necessidades.

De referir que prioritariamente foram efetuadas visitas aos idosos cuja ficha de sinalização remetia para um grau de prioridade elevado tendo-se acionando de imediato todos os recursos disponíveis da comunidade, para resolução da situação.

¹⁶ Anexo 1 – Cartazes e folhetos de divulgação do recenseamento da população idosa

¹⁷ Anexo 2- IMP_42_2 – ficha de sinalização emergência social

Para a realização destas visitas foi criado um guião de observação ¹⁸ de modo a uniformizar a informação recolhida. Toda a informação foi, posteriormente, sistematizada e organizada num ficheiro em Excel¹⁹, possibilitando assim, através do Sistema de Informação Geográfica, a georreferenciação²⁰ de todas as situações sinalizadas.

Figura 3: Geoportal: Recenseamento Idosos



Fonte: Divisão de Informação Geográfica

O ficheiro continha indicadores de análise previamente definidos de modo a permitir identificar a tipologia das situações e atribuir-lhes um grau de prioridade ao nível da intervenção. Os indicadores definidos foram: rede de suporte (formal e informal), respostas sociais, necessidades apresentadas, problemática dominante, condições de saúde, situação habitacional, situação financeira e grau de dependência dos elementos do agregado familiar.

A cada indicador foi atribuído um critério de ponderação. Após o carregamento dos dados foi efetuada a média dos critérios de ponderação, apresentada numa escala de três níveis de prioridade: elevado (vermelho), médio (amarelo), fraco (verde). As situações de prioridade elevada são as que apresentam maior vulnerabilidade social e as que necessitam de resposta adequada no menor período de tempo.

Também a informação recolhida nas visitas domiciliárias foi introduzida no ficheiro, permitindo assim complementar o preenchimento de todos os indicadores que constam do mesmo. Paralelamente ao processo de sinalização foi efetuada a georreferenciação de todos os processos através de uma aplicação disponível em rede (Geoportal). A georreferenciação teve por objetivos: efetuar a distribuição espacial dos idosos, centralizar e

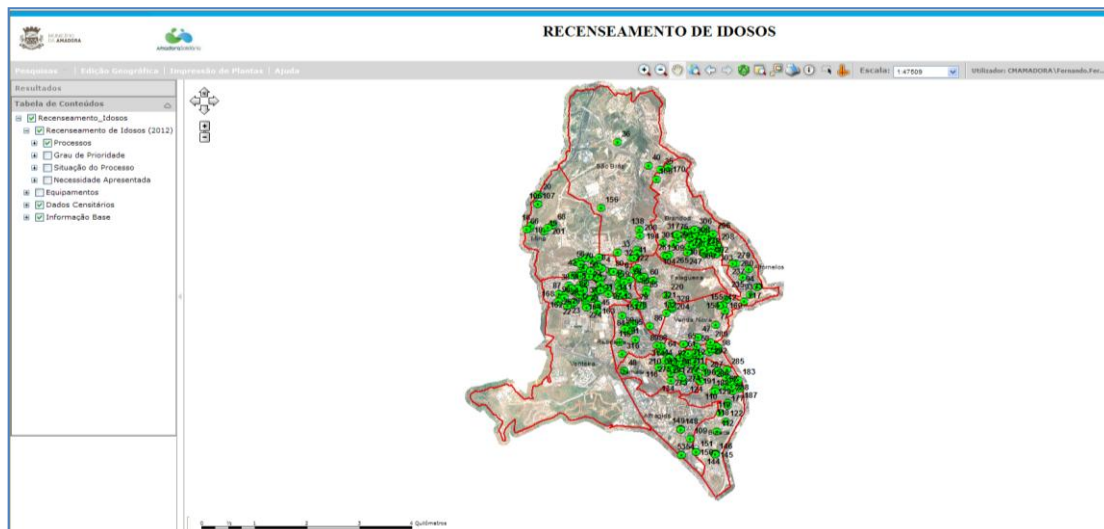
¹⁸ Anexo 3- Guião de observação para as visitas domiciliárias

¹⁹ Anexo 4- *Print Scrn* do ficheiro Excel

²⁰ Processo de localização geográfica de determinado objeto espacial, através da atribuição de coordenadas

atualizar a informação sobre os mesmos, monitorizar os processos e elaborar mapas temáticos.

Figura 4: Mapa do município da Amadora com sinalização dos idosos recenseados

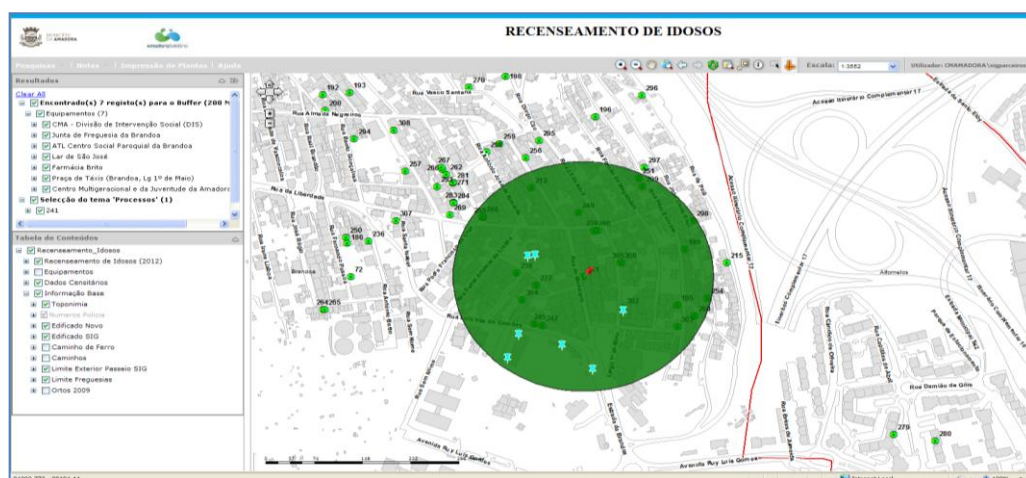


Fonte: Divisão de Informação Geográfica

No Geoportal é possível visualizar a informação global do recenseamento, a localização das situações ao nível do concelho e da freguesia, efetuar pesquisas dos processos, grau de prioridade ao nível da intervenção e identificar as necessidades apresentadas pelo idoso.

Este ficheiro foi partilhado com o Serviço Municipal de Proteção Civil, podendo permitir que em situações de emergência e/ou calamidade pública seja efetuada uma intervenção prioritária junto do grupo sinalizado.

Figura 5: Análise espacial



Fonte: Divisão de Informação Geográfica

Através do Geoportal pode-se ainda efetuar a análise espacial, o que permite identificar zonas do território onde reside um maior número de idosos sinalizados e qual o grau de priorização dos mesmos, identificar equipamentos sociais de proximidade e respetivas respostas sociais, possibilitando ao assistente social, gestor do processo, uma melhor operacionalização da intervenção. A mesma foi já utilizada no planeamento e organização das visitas domiciliárias, permitindo uma rentabilização e otimização do tempo, através da definição de zonas de intervenção.

Terminada esta fase, os dados foram tratados informaticamente (foi utilizado o SPSS), cruzando variáveis para caracterização dos idosos sinalizados, identificando-se os principais problemas e necessidades sociais.

Para complementar a informação recolhida junto dos idosos e fazer uma análise mais qualitativa, optou-se pela realização da técnica *focus group*²¹, porque privilegia o registo de experiências e a observação das reações dos participantes de um grupo que não seriam possíveis de captar por outros métodos. Através desta técnica podemos ainda obter os pontos de vista e opiniões dos participantes, colocando o enfoque na interação dos elementos do grupo na discussão e análise do tema, possibilitando que através dessa interação transpareça uma visão coletiva e não individual, sobre o tema da discussão.

Foram realizadas três sessões de *focus group*, nos dias 12 (2 sessões uma realizada no período da manhã e outra no da tarde) e 19 de junho, privilegiando grupos distintos de interlocutores.

O 1º grupo foi constituído por coordenadores de respostas sociais para idosos, chefe de setor do ISS.IP, assistente social do ACES Amadora e assistentes sociais de Juntas de Freguesia. Participaram 10 técnicas, com idades compreendidas entre os 30 e os 61 anos, 6 a exercer a sua atividade profissional em entidades públicas e 4 em IPSS, 9 técnicas a trabalhar diretamente com o grupo alvo.

O 2º grupo foi constituído por idosos da comunidade selecionados pelas técnicas de atendimento social das juntas de freguesia através de amostra de conveniência²². Foram convidados a participar 10 idosos, só tendo comparecido na sessão 6. Participaram no grupo 4 mulheres e 2 homens com idades compreendidas entre os 62 e 70 anos, todos reformados por velhice não sendo nenhum beneficiário de respostas sociais. Os elementos

²¹ Técnica utilizada em investigação social, na qual se emprega a discussão em grupo, moderada por um facilitador. O grupo deve ser homogéneo e ter entre 6 a 8 participantes.

²² Este tipo de amostragem não é representativo da população. Ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Deste modo, o processo não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria (Moreira:1994:77)

do grupo participam em atividades de ocupação de tempos livres, dedicam-se ao voluntariado e alguns fazem acompanhamento de idosos muito dependentes.

Foi ainda utilizada a mesma técnica com um 3º grupo, este constituído por idosos sinalizados no âmbito do recenseamento. A seleção foi também efetuada através de amostragem aleatória de conveniência. Foram convidados a participar 10 idosos, mas só compareceram 5. Participaram no grupo 3 homens e 2 mulheres, com idades compreendidas entre os 66 e os 85 anos. Todos eram reformados, sendo 2 por velhice e 3 por invalidez. Dos participantes, 2 são utilizadores de respostas sociais, um de centro de dia e outro de serviço de apoio domiciliário. Os restantes não têm qualquer apoio institucional. Os participantes deste grupo são já bastante dependentes e foram pouco participativos.

Para cada um destes grupos foi criado um guião²³, com três questões, em que se pretendia aferir a perceção dos mesmos sobre, as necessidades do grupo alvo, as respostas sociais existentes e sobre como melhorar a qualidade de vida dos mais velhos.

As sessões de *focus group* foram transcritas e efetuada uma síntese por grupo das principais abordagens em cada uma das perguntas.

²³ Anexo 5- Guião dos *focus group*

Parte IV – Resultados

1. Análise e interpretação dos dados

1.1. Contextualização

As questões associadas à promoção do bem-estar e da qualidade de vida do idoso impõem-se numa sociedade envelhecida, onde as consequências do aumento da esperança média de vida impulsionaram a emergência de situações de vulnerabilidade, tais como: o isolamento e solidão, a progressiva dependência física e a precariedade económica.

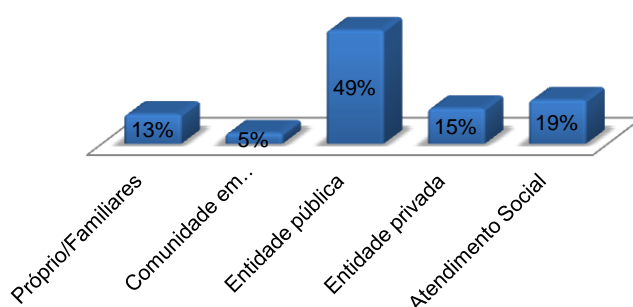
Neste capítulo serão apresentados os resultados estatísticos do recenseamento e dos *focus group* realizados, que permitiram caracterizar a população idosa residente no município, em situação de isolamento social e/ou dependência, assim como apontar pistas de intervenção que promovam a criação de medidas de apoio a este grupo da população nas mais diversas áreas: rede de suporte, saúde, habitação, necessidades sociais e resposta às principais problemáticas.

1.2. Os dados

1.2.1. Sinalização de idosos/caraterização geral

Com base nos resultados, verifica-se que foram recenseados 547 idosos isolados e/ou dependentes, representando cerca de 1,5% do total da população idosa residente, no município da Amadora. O maior número de situações foi referenciado por entidades públicas, nomeadamente PSP, Bombeiros, correspondendo a 49% dos idosos, seguido das sinalizações provenientes do atendimento social (19%), pela comunidade em geral, familiares e/ou pelo próprio idoso (18%) e das sinalizações realizadas por entidades privadas sem fins lucrativos (15%).

Gráfico 4: Identificação das entidades que efetuaram a sinalização



Da análise do quadro 9, verifica-se que foram recenseados idosos residentes em todas as freguesias do município.

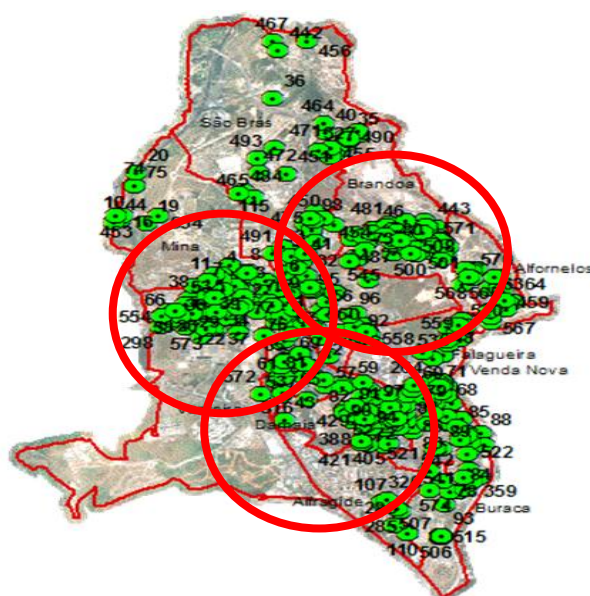
Quadro 9: N.º de idosos recenseados/total população com 65 ou + anos de idade

Freguesias	Recenseados	População com 65 ou mais anos de idade (Censos 2011)
Alfragide	7	1246
Alfornelos	18	1321
Brandoa	113	3068
Buraca	50	2680
Damaia	111	4902
Falagueira	34	3276
Mina	63	4030
São Brás	42	2927
Reboleira	34	2314
Venda Nova	19	2180
Venteira	56	5037
Total	547	32 981

Fonte: Recenseamento Idosos e Censos 2011, INE

Apresentava-se expectável que o maior número de idosos recenseados correspondesse proporcionalmente às freguesias em que, à data dos Censos 2011 do INE, se registava o maior número de residentes com 65 ou + anos, sendo possível encontrar uma relação entre as duas situações, contudo este facto não veio a verificar-se relativamente à freguesia da Venteira.

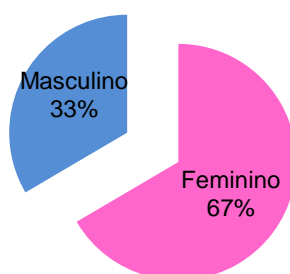
Figura 6: Georreferenciação das situações



De acordo com os dados do INE as freguesias da Venteira, Damaia e Mina são as que se apresentam mais envelhecidas e, inclusivamente, com o maior número de idosos a residir sós, contudo verifica-se que foi nas freguesias da Brandoa, Damaia e Mina que surgiram o maior número de sinalizações, devido ao maior envolvimento dos parceiros destes territórios.

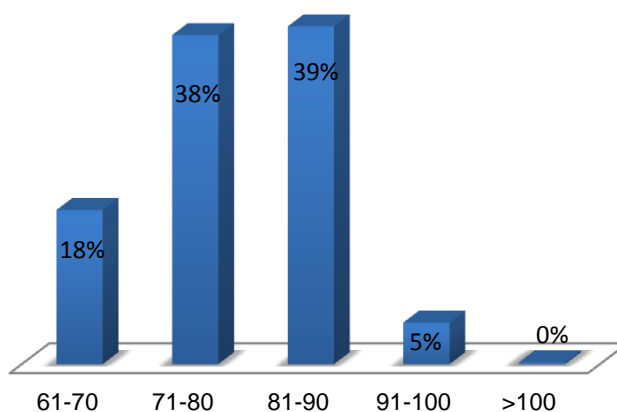
Os idosos recenseados são maioritariamente do género feminino (67%) consubstanciando assim os dados demográficos existentes a nível nacional e concelhio, de que as mulheres vivem mais anos.

Gráfico 5: Idosos recenseados por género



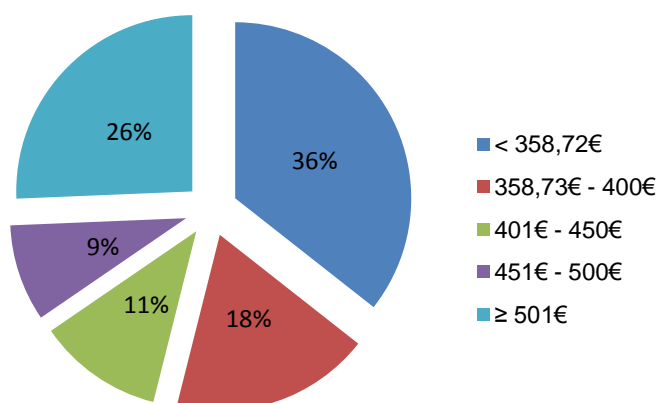
A população idosa recenseada tem idades superiores a 70 anos (82% das situações, das quais 5%, com idades balizadas entre os 91 e os 100 anos). Registe-se que a proporção de idosos com idades entre os 81 e os 100 anos representa 44% dos casos, merecendo uma análise mais fina das necessidades deste segmento da população, uma vez que pela idade, serão idosos com maiores vulnerabilidades sociais.

Gráfico 6: Idosos recenseados por grupo etário



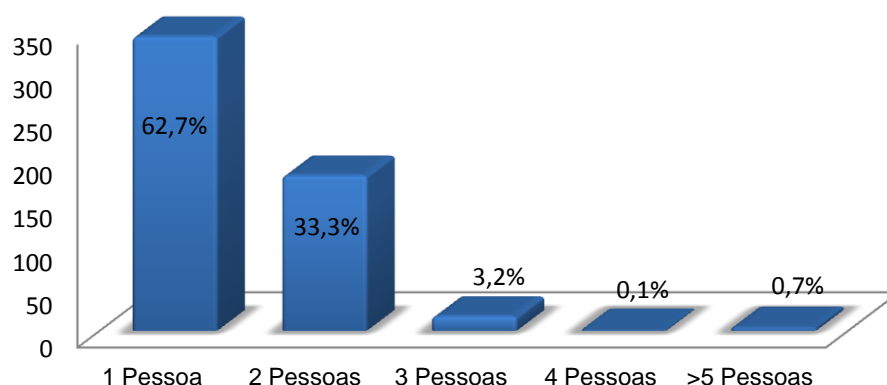
Ao analisarmos a situação económica, constata-se que 54% da população recenseada auferem mensalmente menos de €400,00, dos quais 66% têm rendimentos inferiores a €358,72. Segundo dados da Segurança Social, estes rendimentos são provenientes na sua grande expressividade, de pensões de velhice (em 2012, 97% dos pensionistas residentes na Amadora, recebiam pensão do regime geral por velhice).

Gráfico 7: Percentagem de Idosos recenseados por rendimentos auferidos



Com base nos dados obtidos, foi também possível identificar as dimensões dos agregados familiares, na sua maioria, são idosos isolados, residindo sozinhos (62,7%) ou em agregados compostos por duas pessoas (33%), tratando-se na maioria dos casos do cônjuge.

Gráfico 8: Idosos recenseados por dimensão do agregado familiar



No que diz respeito às redes de apoio informal, verifica-se que a mesma é assegurada, na sua maioria, pelos filhos (28,5%), seguido do cônjuge (23,9%). De salientar que 21,8% da população idosa recenseada não tem qualquer tipo de rede de suporte.

Quadro 10: Idosos recenseados e rede de apoio informal

		Apoio Informal									
		Cônjuge	Filhos	Netos	Sobrinhos	Vizinhos/ amigos	Outros	S/rede de apoio Informal	S/Inf.	Total	%
Rede de Apoio	Cônjuge	29	24	2	1	5	14	52	4	131	23,9
	Filhos	0	57	1	3	4	23	58	10	156	28,5
	Netos	0	0	4	0	0	2	3	0	9	1,6
	Sobrinhos	0	0	0	3	0	3	10	4	20	3,7
	Vizinhos/amigos	0	0	0	1	16	4	17	0	38	6,9
	S/ rede de suporte	0	0	0	2	6	16	93	2	119	21,8
	Outros	0	1	0	1	3	25	37	1	68	12,5
	S/Inf	0	0	0	0	0	0	0	6	6	1,1

Desta caracterização geral pode-se reter que a maioria dos idosos e/ou dependentes, recenseados, são mulheres, com mais de 71 anos, com rendimentos provenientes de pensão de velhice inferiores a € 400,00, residindo sós ou com os cônjuges, sendo estes na maioria das vezes a prestar o apoio informal necessário à realização das atividades da vida diária ao elemento mais dependente do agregado. A frágil rede de suporte social associada à progressiva perda de mobilidade e aos baixos rendimentos tornam estes idosos socialmente vulneráveis.

1.2.2. Visitas domiciliárias - problemáticas e necessidades identificadas

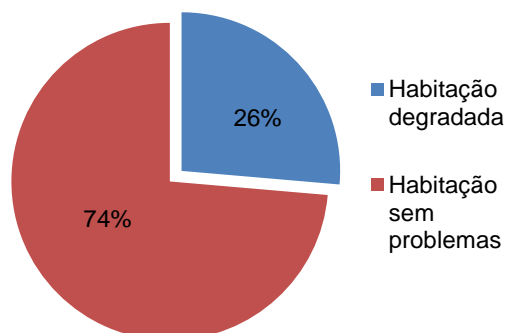
Paralelamente ao processo de sinalização foram realizadas visitas domiciliárias por 6 assistentes sociais da CMA/Divisão de Intervenção Social, a 265 idosos o que correspondeu a 48% dos idosos.

A realização de visitas domiciliárias ao total da população sinalizada não foi possível devido à indisponibilidade de alguns idosos em receber as técnicas no seu domicílio e à ausência de outros no momento da visita²⁴.

Como referido anteriormente o principal objetivo das visitas domiciliárias foi aprofundar o conhecimento das situações, através de entrevista e observação, complementando assim os dados em falta na ficha de sinalização.

²⁴ A maioria das visitas domiciliárias foram efetuadas durante os meses de julho e agosto, encontrando-se alguns idosos ausentes do seu domicílio eventualmente devido a férias.

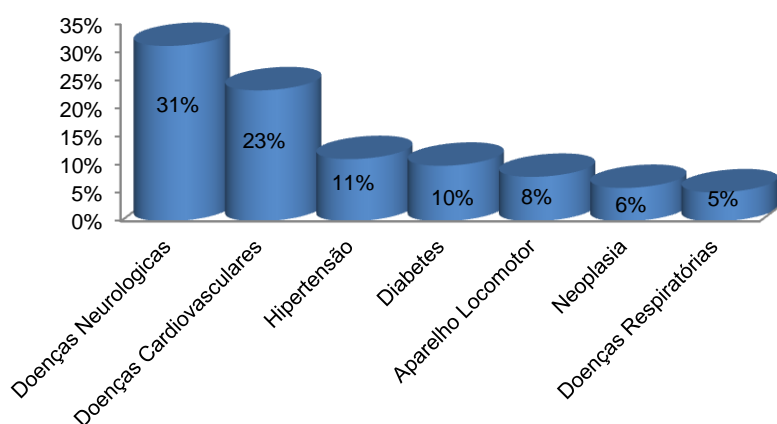
Gráfico 9: Idosos recenseados/condições habitacionais



No que respeita à situação habitacional, foi possível averiguar nas visitas domiciliárias realizadas, que 26% dos idosos recenseados residem em habitações com problemas, destacando-se a existência de situações de insalubridade e lixo (18%), falta de higiene (10%) e infiltrações (4%). As duas primeiras situações referidas estarão relacionadas com a fraca capacidade de mobilidade da população idosa, identificada no processo censitário como uma problemática dominante e que dificulta ou impossibilita a realização de tarefas da vida diária como são as limpezas domésticas.

Também foi possível constatar a precariedade das condições de saúde da população alvo, com 85% dos idosos a referir que tem problemas de saúde. Destacam-se no perfil de saúde as doenças crónicas, assim como as doenças do foro mental, sendo as mesmas um dos principais motivos da insalubridade verificada nas habitações.

Gráfico 10: Idosos recenseados/problemas de saúde



Considerando a análise do gráfico 10, observa-se que as doenças mais frequentes estão relacionadas com as neuro e cardiopatologias. Nas doenças neurológicas pode-se identificar a incidência de situações de demências, eventualmente associadas à idade avançada dos idosos recenseados, doença de Alzheimer e Parkinson. Nas cardiopatias destacam-se os acidentes vasculares cerebrais.

No âmbito da realização das visitas domiciliárias foi ainda efetuada a identificação das principais problemáticas sendo possível aferir que a mobilidade reduzida é a que tem maior expressividade, principalmente a partir dos 75 anos, representando 21,6% das problemáticas identificadas, seguida da emergência social²⁵ (9%), com maior relevância a partir dos 85 anos. De referir ainda as situações de isolamento (4,8%) muito evidentes no escalão etário 80-85 anos e a carência alimentar (2,6%), distribuída um pouco por todos os grupos etários.

Quadro 11: Problemáticas por escalão etário dos idosos recenseados

Problemáticas	Escalão Etário							Total	%
	<65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	>90		
Carência de alimentos	1	1	3	2	4	2	1	14	2,6
Risco de despejo	0	0	0	1	0	0	0	1	0,2
Emergência social	4	2	2	9	4	14	14	49	9,0
Falta de higiene	2	4	3	3	1	1	1	15	2,7
Insuficiência ecón.	2	2	3	2	0	1	0	10	1,8
Isolamento	2	3	1	6	11	1	2	26	4,8
Mobilidade reduzida	3	12	12	22	30	23	16	118	21,6
Violência doméstica	0	1	0	2	2	2	0	7	1,3
Sem abrigo	4	0	1	0	0	0	0	5	0,9
Outros	4	4	10	6	9	7	4	44	8,0
Sem problemática	0	6	14	17	22	11	5	75	13,7
S/Inf	7	15	25	39	42	42	13	183	33,5

Na descrição dos problemas identificados, será de referir a prevalência de situações multiproblemáticas, ou seja a presença em simultâneo de condicionantes pessoais e/ou socioeconómicas que influenciam o bem-estar e qualidade de vida da população idosa. Destaca-se o cruzamento de situações com mobilidade reduzida, com o isolamento social e as situações de emergência social, verificando-se a necessidade de integração em resposta social e o apoio nas atividades da vida diária.

²⁵ O conceito utilizado é o da LNES: *situação de grande vulnerabilidade e desproteção, resultante de não estarem asseguradas, as condições mínimas de sobrevivência e que constituam um perigo real, atual ou iminente, para a integridade física, psíquica e emocional do indivíduo/família, necessitando de intervenção imediata.*

A insuficiência económica apresenta-se como outra categoria identificada (foram já referidos os baixos rendimentos, provenientes das pensões), agravada pela carência de alimentos.

Quadro 12: Idosos recenseados/ problemática dominante vs outra problemática

Outra Problemática		Carência de alimentos	Emergência Social	Falta de higiene	Insuficiência Económica	Isolamento	Mobilidade reduzida	Violência Doméstica	S/Probl.	Outro	S/Inf.
Problemática Dominante	Carência de alim.	0	1	2	5	0	3	0	1	0	2
	Em risco de despejo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Emergência Social	3	0	3	1	4	13	3	6	9	7
	Falta de higiene	1	0	0	0	1	6	0	2	2	3
	Insuficiência ecón.	4	1	0	0	0	0	0	1	4	0
	Isolamento	2	0	1	3	0	4	0	12	4	0
	Mobilidade reduzida	2	2	4	0	12	0	0	33	7	58
	Sem Abrigo	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0
	Violência Doméstica	0	0	1	0	0	0	0	1	1	4
	Sem problemática	0	0	0	0	1	1	0	70	0	3
	Outro	0	1	3	0	2	1	0	25	8	4
	S/Inf	0	0	0	0	0	35	1	1	0	146

Ao nível do levantamento de necessidades, pode verificar-se no quadro 13, que a principal necessidade identificada pelos idosos, relaciona-se com a procura de resposta social adequada, destacando-se o SAD, seguido de centro de convívio/centro de dia. Podemos assim constatar que os idosos só identificam respostas e/ou serviços que conhecem e com os quais estão minimamente identificados, não perspetivando outras tipologias de intervenção. A identificação da necessidade de resposta social é mais evidente nos idosos com mais de 75 anos, destacando-se o serviço de apoio domiciliário.

Quadro 13: Necessidades identificadas por escalão etário

Necessidades	Escalão Etário							Total	%
	<65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	>90		
Cantina Social/ Banco Alimentar	1	1	1	2	0	0	0	5	0,9
Centro de Convívio/ Dia	4	10	8	14	24	8	2	70	12,8
Lar	0	2	1	0	3	5	4	15	2,7
SAD	7	7	14	14	21	16	12	91	16,7
Não necessita resposta social	12	26	40	60	48	40	24	250	45,7
S/Inf.	5	4	10	19	23	25	30	116	21,2
Total	29	50	74	109	119	94	72	547	100

Salienta-se que 45,7% dos idosos referiu não necessitar de resposta social por se encontrarem ainda autónomos e ativos socialmente.

Gráfico 11: Idosos recenseados/apoios

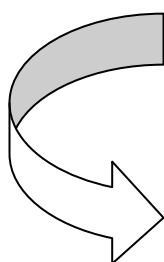
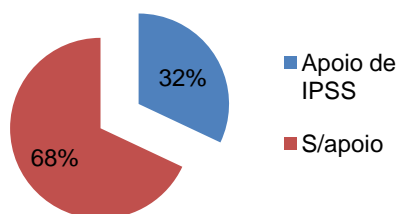
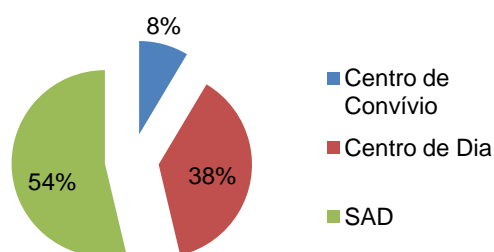


Gráfico 12: Idosos recenseados e respostas sociais



Em 32% dos casos recenseados verificou-se que a rede de suporte é assegurada por IPSS, nas suas mais diversas respostas sociais, como é possível verificar no gráfico 12.

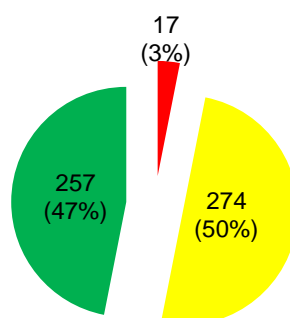
.

De referir ainda que 7% da população recenseada já usufrui de projetos dinamizados pela Autarquia, na área da ação social e da intervenção com população idosa, nomeadamente e com maior expressividade, o Sistema Telefónico de Assistência Permanente - STAPA (32%), muito utilizado como complemento do SAD e o Cartão Amadora 65 + (30%), seguidos da Oficina Multiserviços (16%) e Recriar a Vida (8%), entre outros.

Note-se que a integração na resposta social Lar representa um constrangimento no município na medida em que, segundo a Carta Social 2012, não existem vagas disponíveis nesta tipologia de resposta social. O mesmo não se verifica no Centro de Dia, no qual se regista uma taxa de ocupação na ordem dos 92%.

Relativamente aos critérios de priorização verifica-se que a maioria dos idosos sinalizados apresenta um grau de prioridade de nível médio. São situações que ao nível das condições de saúde, mobilidade e necessidades identificadas ainda apresentam autonomia para as atividades da vida diária.

Gráfico 13: Idosos recenseados por grau de prioridade



As situações de prioridade elevada (17) foram alvo de intervenção social imediata. No âmbito do acompanhamento efetuado foram providenciadas respostas sociais adequadas que garantiram o bem-estar destes idosos. As mesmas relacionam-se com a dependência elevada dos idosos, que leva à insalubridade na habitação e à necessidade de apoio na realização das atividades da vida diária. Todos os casos foram apoiados ao nível da inserção em respostas sociais, nomeadamente: apoio domiciliário (60%), lar (20%) e centro de dia (20%).

1.2.3. *Focus group* – principais resultados

Os *focus group*, abrangeram três grupos distintos de intervenientes: técnicos com intervenção direta ou indireta na área dos idosos (grupo 1), idosos da comunidade (grupo 2), ainda bastante ativos e participativos na vida da comunidade onde residem e idosos sinalizados no âmbito do recenseamento (grupo 3).

No quadro seguinte apresenta-se uma sistematização das principais questões abordadas nas sessões pelos grupos, com o objetivo de interpretar e comparar a informação dada pelos participantes e procurar opiniões partilhadas e divergentes em cada grupo.

Quadro 14: Síntese das questões dos *focus group*

Questões	Identificação das necessidades da população idosa	As respostas sociais existentes respondem às necessidades da população idosa	O que fazer para melhorar a qualidade de vida deste grupo da população
Grupo 1	Saúde: médicos de família, domicílios por parte dos profissionais de saúde, horários de funcionamento, transporte para utentes com mobilidade reduzida; Apoio social: horários das respostas sociais: lar, resposta para utentes com demências e apoio alimentar.	Não, porque os horários são inadequados na prestação das respostas; diferentes procedimentos e prestação dos serviços pelas instituições, falta de individualização dos cuidados prestados no domicílio.	Voluntariado de proximidade. Novos serviços e horários nas respostas de CD e SAD. Divulgação de projetos e respostas existentes.

Grupo 2	Saúde: Acesso a serviços de saúde; Apoio social: combater o isolamento social, residências assistidas.	Sim, existe muita diversidade e oferta.	Novos serviços e horários nas respostas de CD e SAD. Utilização de espaços ao ar livre para a prática de atividades físicas. Divulgação de projetos e respostas existentes.
Grupo 3	Saúde: Acessibilidade aos serviços de saúde; Apoio social: Apoios económicos para medicação, pagamento da renda de casa; SAD e CD de acordo com as necessidades do utente.	Não, falta humanização/individualização nas respostas sociais e serviços prestados.	Voluntariado. Ocupação dos tempos livres. Atividades físicas.

Ao nível das necessidades destacam-se a área da saúde e do apoio social: na primeira evidencia-se a ausência de médicos de família para todos os utentes do SNS, a não realização de domicílios por parte dos profissionais de saúde, a acessibilidade aos serviços de saúde. Ao nível do apoio social, destaca-se o isolamento social, as respostas sociais adequadas às necessidades. Salienta-se aqui o facto de o grupo 2 (idosos da comunidade) ter referido que as respostas sociais existentes respondem às necessidades das pessoas idosas, eventualmente porque desconhecem a tipologia e o funcionamento das mesmas, contudo também referiram para responder à última questão que deveriam haver novos serviços e horários nas respostas sociais existentes.

Relativamente à questão, o que fazer para melhorar a qualidade de vida deste grupo da população, existe também alguma convergência nas respostas: voluntariado de proximidade, como forma de resolver o isolamento social, a adequação das respostas sociais existentes às necessidades das pessoas e a promoção de atividades físicas, como promoção do envelhecimento ativo.

Ao analisar-se o discurso dos interlocutores verifica-se que a questão das respostas sociais foi abordada em todos os grupos, tendo o grupo 1, referido que *a resposta SAD é bastante limitada, no que se refere a horários e serviços prestados*. Foi consensual para as técnicas que o serviço não responde às necessidades do utente e da família, uma vez que não apresenta diversidade na tipologia de intervenções. No grupo 3, foi referida a necessidade de adaptação das respostas sociais às especificidades dos utentes e ajustamento dos horários de funcionamento (uma participante deste grupo com bastantes limitações físicas referiu *desisti do Centro de Dia porque, tinha que me levantar às 8.00 H, porque a carrinha passava às 9.00 H, com a minha doença não tinha condições para o fazer...*). Ainda no grupo 3 foi referido que *os centros de dia deviam promover atividades diversificadas, como o teatro, a música e a dança*. Ainda relativamente esta resposta social, as participantes do grupo 1, identificaram que houve, nos últimos anos, uma alteração no perfil dos idosos que a

frequentam, referindo que *atualmente é uma resposta pré lar, com elevado número de idosos muito dependentes*, pelo que consideram urgente a adequação e adaptação da mesma. Já os participantes do grupo 2 referiram a importância de *tirar as pessoas de casa, levando-as a participar em atividades*, quebrando-se assim o isolamento social em que muitas vivem.

Foi também abordada a existência de vagas na resposta centro de dia, tendo sido possível apurar junto do grupo 3, que as mesmas podem resultar de uma não identificação deste segmento da população com a resposta sendo *necessária uma maior humanização dos serviços* assim como *uma adequação e adaptação das respostas sociais às necessidades e especificidades dos utentes*.

As limpezas no domicílio foram também uma das necessidades identificadas quando do *focus group* com o grupo 2, na qual foi referida a importância de se criar uma resposta que viabilize a execução de pequenas e grandes limpezas nos domicílios dos idosos (institucionalizados e não institucionalizados). No grupo 3, uma das participantes referiu também essa necessidade: *nós não chegamos às coisas, precisamos de alguém que nos apoie*.

Ao nível da análise qualitativa as questões da saúde também estiveram em destaque. No grupo 1, foi abordada a *falta de médicos de família, de respostas integradas de apoio aos idosos, as dificuldades de acessibilidade a alguns equipamentos de saúde* existentes no concelho. No grupo 2 foram referidas as *dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde e às respostas prestadas* pelo mesmo. O grupo 3 referiu as dificuldades existentes com a *aquisição de medicação e a mobilidade reduzida*. O grupo 1 referiu ainda a urgência de ser criada uma resposta social para as necessidades de *apoio às pessoas com demências*. Foi também abordada por este grupo a necessidade de existência de uma resposta para descanso do cuidador informal.

No âmbito dos *focus group* tentou-se ainda perceber como melhorar a qualidade de vida dos idosos, tendo o grupo 1 salientado a importância de *reinventar as respostas sociais, adequando os serviços às necessidades dos utentes e famílias, colocando-se o enfoque da resposta no utente e não na instituição prestadora do serviço*. Os participantes do grupo 2 referiram a *criação de residências assistidas e o alargamento da resposta de SAD para mais serviços, como: fisioterapia, psicologia, enfermagem, podologia*.

Foram ainda os participantes deste grupo que referiram *existir muitas respostas na cidade, as pessoas é que não as procuram*. Propõem a *dinamização de atividades em espaços públicos, aproveitando os parques urbanos e os circuitos pedonais para a promoção de*

atividades físicas. Também os participantes do grupo 3 referem que, para melhorar a qualidade de vida dos mais idosos, é necessário desenvolver atividades que promovam a ocupação dos tempos livres e a prática regular de atividades físicas, promovendo-se assim o envelhecimento ativo.

Os participantes dos grupos 1 e 3 salientaram a importância da aposta no *voluntariado de proximidade* e envolver os idosos em *atividades de voluntariado valorizando as suas competências e saberes*. Segundo dados do Banco Local de Voluntariado da Amadora, 34,3% dos inscritos têm mais de 50 anos e 12,8% têm mais de 65 anos. Esta situação demonstra o interesse e a disponibilidade deste grupo da população para a prática do voluntariado. Participantes do grupo 2, estão envolvidos em atividades voluntárias nas comunidades onde residem. Destes, quatro, desenvolvem ações de voluntariado de proximidade, visitando e acompanhando idosos em situação de dependência (dois estão enquadrados no projeto “Bom Dia Um Sorriso” promovido pela CSF da Buraca e outros dois no voluntariado promovido pela Paróquia da Venda Nova).

No *focus group* do grupo 1 foi referido um aumento do número de idosos em atendimento social, devido a situações de carência económica, consequência das baixas reformas, *são idosos autónomos, ainda não precisam de uma resposta social, mas por motivos económicos, não conseguem pagar as rendas de casa, nem fazer uma alimentação equilibrada*.

Este grupo também identifica a necessidade de apoio alimentar para idosos não inseridos em respostas sociais, o que torna fundamental a criação de políticas sociais que possam ser ativadas neste sentido.

Parte IV – Conclusão e Recomendações

A definição de políticas de velhice, a partir de uma formulação mais rigorosa e objetiva dos problemas do envelhecimento e da análise exaustiva da diversidade de realidades sociais, poderá proporcionar as correções necessárias para que as gerações futuras de idosos possam vir a viver melhor do que as que as antecederam (Fernandes, 2001).

O presente estudo do tipo descritivo e exploratório teve por base um interesse da investigadora, derivado da prática profissional resultante do contacto com situações que careciam de um melhor conhecimento da realidade.

Pretendeu-se aprofundar o conhecimento na área do envelhecimento, focalizando-se o mesmo nos idosos isolados e/ou dependentes residentes no município da Amadora.

Como refere Paúl (1997: 11), o envelhecimento nunca é um produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade..., o meio físico e social, no qual estas predisposições genéticas se exprimem e no caso do homem ainda o efeito do pensamento e escolhas.

Findo o processo de recenseamento foi possível identificar problemáticas e necessidades deste grupo da população.

Das pistas levantadas na investigação destacam-se duas grandes áreas de atuação:

- Ao nível das **políticas sociais**, com incidência na proteção social, resultante das heterogeneidades deste grupo e das suas necessidades sociais, impulsionando a inserção social e a autonomia de cada idoso,
- Ao nível da **intervenção sócio educativa**, através da dinamização de programas de atividades dirigidos aos idosos que promovam a ocupação dos tempos livres numa perspetiva de educação permanente, principalmente que permita o desenvolvimento pessoal e a adequação a contextos sociais e culturais enfrentados pelo idoso no seu quotidiano e que possibilite uma cidadania ativa.

Conforme refere Capucha (2000:341), as alterações sociais, ocorridas nas últimas décadas na sociedade portuguesa, como as migrações, a diminuição da dimensão dos agregados familiares, a multiplicação de modelos de organização familiar e a participação das mulheres no mundo do trabalho, pode levar a um maior isolamento dos idosos e levar a que estes não possam contar com o apoio dos seus familiares mais próximos na prestação de cuidados,

como se verificava anteriormente, tendo por isso que bastar-se a si próprios ou recorrer a apoios existentes na sociedade como são as respostas sociais protocoladas pela Administração Central com as IPSS.

Relativamente à investigação, foi possível verificar que as problemáticas e necessidades sociais identificadas junto dos idosos isolados e/ou dependentes prendem-se essencialmente com a mobilidade reduzida associada à progressiva dependência física, o isolamento social agravado pelas fracas redes de suporte formal e informal e pelos baixos rendimentos auferidos por esta população, provenientes sobretudo de pensões de velhice.

Efetivamente, já Paúl (1992:78) referia como fator de grande vulnerabilidade as perdas a nível sensorial e motor, sendo estas uma das principais causas para o isolamento social. Também a escassez de recursos, derivada das baixas reformas, que têm como principal consequência a diminuição de oportunidades na aquisição de bens e serviços, leva a situações de isolamento social.

No que respeita ao acesso à saúde foram identificadas, dificuldade de acessibilidade aos equipamentos de saúde, consequência da existência de barreiras arquitetónicas e da mobilidade reduzida da população idosa. Constitui ainda um constrangimento na área da saúde a inexistência de respostas na área da saúde mental, a falta de médicos de família, a não realização de domicílios por parte dos médicos de família, assim como a dificuldade na aquisição de medicação para doenças crónicas, devido aos baixos rendimentos.

Carvalho (2006:17) refere a existência de uma diversidade de respostas sociais que possibilitam cuidados às pessoas idosas, tendo as mesmas por objetivo proporcionar cuidados para satisfazer as necessidades básicas. Mas estas respostas são deficitárias em muitos aspetos como refere Paúl (1997: 156), *limitadas a fornecer apoio instrumental e incapazes de preencher as necessidades de apoio afetivo que a solidão deixa transparecer*. Na investigação efetuada verificou-se que ao nível das respostas sociais foi referido como problema a standardização das mesmas, não se adequando às especificidades dos utentes e a desadequação dos horários de funcionamento, principalmente do Centro de Dia e do SAD. Assim parece evidente que as respostas sociais estão organizadas em função da disponibilidade institucional e não de acordo com as necessidades das pessoas que as procuram.

Conforme referido no Relatório Final do CEPCEP (2012:44), *inovações nas respostas sociais são fundamentais para atender às necessidades em serviços de saúde e apoio social, numa sociedade em rápida mutação e no quadro de restrições financeiras decorrentes do Programa de Assistência Financeira.*

Neste sentido devem-se começar a perspetivar novas formas de gestão das IPSS, com respostas sociais na área dos idosos, mais adaptadas às reais necessidades deste grupo, cada vez com mais idade, com maior grau de conhecimento e consequentemente mais participativo e interventivo no processo de escolha.

A introdução de novas tecnologias na intervenção com pessoas idosas, também parece ganhar vantagem, veja-se o caso da teleassistência, que funciona como um bom complemento ao SAD e às famílias cuidadoras, pois permite aos idosos em situação de emergência serem rapidamente assistidos.

A georreferenciação de idosos, experimentada no âmbito desta investigação revelou-se também uma prática inovadora, permitindo rentabilizar e otimizar os recursos existentes no território, evitando a duplicação da intervenção sobre o mesmo idoso/família, definindo-se um técnico gestor de caso, para cada situação em acompanhamento social.

A partir das necessidades identificadas foram delineadas estratégias de intervenção que poderão vir a ser implementadas pela Autarquia a curto e médio prazo

- Voluntariado de Proximidade: alargamento do projeto iniciado em 2012, na freguesia da Venteira com a Sta. Casa da Misericórdia da Amadora a todo o município. Esta resposta deve envolver as IPSS com intervenção na área dos idosos, assim como as juntas de freguesia e responder às diferentes necessidades e expectativas dos idosos, tendo em conta a individualidade de cada um.

- Apoio alimentar para idosos não inseridos em resposta social: avaliar a possibilidade de implementar um projeto piloto com uma IPSS do município, para testar a viabilidade deste apoio. A definição de critérios de admissão no projeto deverá salvaguardar o apoio prestado pelas IPSS ao nível do SAD;

- Avaliar a viabilidade de implementar uma Unidade Residencial para Idosos, com estrutura de apoio de SAD e Centro de Dia, aumentando assim a resposta nesta área;

- Criar um serviço para limpezas pontuais no domicílio a baixo custo para idosos institucionalizados e não institucionalizados, que possa ser acionada pelos diferentes serviços da comunidade, pelos idosos e pelas suas famílias;

- Implementar um projeto de promoção da prática regular de atividade física para idosos, aproveitando os parques urbanos e os circuitos pedonais;

- Divulgar as atividades municipais para idosos no Boletim Municipal e nos serviços de proximidade. Realizar sessão de trabalho com os parceiros para apresentação de programas e projetos a decorrer na cidade, para melhor disseminação dos mesmos junto dos idosos;

- Centros de Dia: Realizar reunião com as direção das IPSS com esta resposta social, para encontrar alternativas ao funcionamento, nomeadamente ao nível do alargamento dos horários e diversificação das atividades dinamizadas nos mesmos;

- Serviço de Apoio Domiciliário: Realizar reuniões com as direções das IPSS que gerem esta resposta social, para sensibilizar para a adequação da resposta às necessidades dos idosos ao nível dos horários, deslocações da equipa cuidadora aos domicílios e introduzir outras tipologias de serviços, nomeadamente ao nível da saúde (fisioterapia, psicologia e enfermagem) e ao nível da promoção do bem-estar (cabeleireiro, pédicure, manicura e massagens);

- Criar uma resposta especializada para apoio a pessoas que apresentam quadros demenciais: Possibilidade de efetuar uma candidatura a fundos comunitários para testar estratégias de intervenção junto de idosos com demências.

- Criar uma Unidade de Apoio para Descanso do Cuidador Informal: possibilitar ao cuidador informal, alguns períodos de descanso, garantindo toda a assistência à pessoa dependente por pequenos períodos de tempo (1 semana até 1 mês);

Neste estudo houve a preocupação de envolver todos os parceiros da cidade no processo, perspetivando um maior impacto do recenseamento junto da comunidade e na posterior intervenção junto dos idosos, assim como na definição de estratégias a implementar num futuro próximo. Contudo e apesar da sensibilização efetuada no Concelho Local de Ação Social e junto das Comissões Sociais de Freguesia, verificou-se que nem sempre o envolvimento dos diferentes parceiros foi eficaz. A compreensão dos objetivos inerentes ao recenseamento, assim como a metodologia utilizada nem sempre foram percecionados de forma clara o que representou um constrangimento para a sinalização. Este facto pode

explicar as diferenças existentes nos valores apurados ao nível do recenseamento por freguesia quando comparado com os dados do recenseamento populacional do INE 2011.

Os dados obtidos com a ficha de sinalização também não permitiram uma melhor caracterização dos idosos. Numa 1ª fase a ficha foi construída para responder à necessidade dos Bombeiros sinalizarem situações quando intervinham ao nível da emergência junto de idosos. Não foi por isso possível incluir na mesma, indicadores como a escolaridade e a atividade profissional exercida durante a vida ativa, que permitiriam aprofundar o perfil do grupo alvo. Nem toda a informação contida na ficha, vinha preenchida, pelo que no âmbito das visitas domiciliárias tentou-se completar a informação, colocando-se o enfoque nos problemas e necessidades dos idosos.

A realização dos *focus group* teve por objetivo auscultar a população alvo e assim complementar a informação quantitativa recolhida. Nos dois grupos foram convidados a participar 20 idosos, sendo que apenas estiveram presentes 50% dos mesmos. Nestas sessões verificou-se para além da pouca participação, que os contributos foram limitados e que houve uma fraca identificação com as necessidades da população idosa. Este facto revela fraca participação cívica, demonstrando também que na definição de políticas sociais os interessados não são envolvidos.

A realização do primeiro recenseamento da população idosa em situação de isolamento e/ou dependência permitiu, apesar dos constrangimentos identificados, fazer uma aproximação aos reais problemas e necessidades deste grupo populacional, através da auscultação na 1ª pessoa e da realização das visitas domiciliárias efetuadas por assistentes sociais aos idosos. Estas visitas permitiram uma intervenção imediata nas situações que apresentavam maior nível de gravidade, garantido a promoção do bem-estar do idoso.

Importa referir que após o término do prazo para recenseamento (abril 2013) continuou a decorrer a sinalização de idosos, mantendo-se a mesma metodologia: sinalização – georreferenciação - visita domiciliária - intervenção. Desde modo, pretende-se dar continuidade ao diagnóstico de problemas e necessidades deste segmento da população, permitindo adequar as políticas sociais locais às mesmas. Simultaneamente mantém-se o trabalho iniciado com o Serviço Municipal de Proteção Civil da Amadora de partilha de informação para que os idosos sinalizados possam ser priorizados em situação de emergência e/ou calamidade pública.

Esta partilha foi também alargada às Comissões Sociais de Freguesia, permitindo melhorar a articulação e a intervenção junto deste grupo da população por territórios.

Desta investigação surgiram várias pistas para a realização de outros estudos que permitam aprofundar conhecimentos na área das respostas sociais às pessoas idosas e seus familiares, propondo-se os seguintes:

- Avaliação do grau de satisfação dos utentes dos serviços de apoio domiciliário e de centro de dia;
- Custos de apoio direto às famílias para cuidarem dos seus idosos dependentes versus institucionalização dos idosos;
- O trabalho em rede enquanto promotor de inovação social;
- Processo de participação da população idosa na definição de políticas públicas para o envelhecimento.

Considerando que a intervenção social junto deste grupo da população deve ser uma prioridade de todos, dado o progressivo aumento da mesma, deverá ser promovido um maior envolvimento dos agentes locais na procura de soluções inovadoras ao nível da intervenção, numa perspetiva de promoção do bem-estar da população idosa. Neste sentido pode-se dizer que o objetivo geral desta investigação foi concretizado, tendo sido possível identificar e caracterizar um número significativo de idosos isolados e/ou em situação de dependência, identificando problemas e necessidades sociais, podendo a partir destas delinearem-se estratégias de intervenção inovadoras e que sejam sustentáveis financeiramente.

Bibliografia

António, Stella. (2011). O Envelhecimento em Portugal 2020. *Revista Cadernos de Economia*, 96, 15-17.

Barroso, Vera e Tapadinhas, Ana. (2006). Órfãos geriatrias: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. [Online] 171-183. Consultado em 10 de março de 2013 em:

<http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orf%C3%A3os%20Geriatrias.pdf>

Birou, Alain. (1988). *Dicionário das ciências sociais*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Capucha, Luís. (2000). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. [Online] 337-347. Consultado em 1 de abril de 2013 em:

<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3736.pdf>

Carmo, Hermano e Ferreira, Manuela Malheiro. (1998). *Metodologia de investigação- Guia para auto- aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carneiro, Roberto e outros. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Faculdade de Ciências humanas, Universidade Católica Portuguesa.

Carvalho, Maria. (2005). Uma abordagem do serviço social à política de cuidados na velhice em Portugal. *Revista Intervenção Social*, 31, 163–192.

Carvalho, Maria. (2006). Abordagem do serviço Social à política de cuidados na velhice em Portugal. [Online] Consultado em 10 de março de 2013 em: www.cpihts.com

CMA-CLAS. (2011). *Diagnostico Social 2011*. [Online] Consultado em 30 de junho de 2013, em: [http://www.cm-](http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/diagnostico_social_2011.pdf)

[amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/diagnostico_social_2011.pdf](http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/diagnostico_social_2011.pdf)

CMA – CLAS. (2011). *Plano Gerontológico 2012-2014*. [Online]. Consultado em 30 de julho de 2013 em: [http://www.cm-](http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/plano_gerontologico.pdf)

[amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/plano_gerontologico.pdf](http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/plano_gerontologico.pdf)

Costa, Alfredo e outros. (1999). Pobreza e exclusão social em Portugal - A região de Lisboa e Vale do Tejo. *Prospectiva e Planeamento*, 5. DPP, Ministério do Planeamento.

Costa, Alfredo. (1999). Direitos sociais e políticas sociais. *Módulos PROFISS*. Lisboa: IEFEP e IGFSS/MTS e SEEF.

Fernandes, Ana. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora

Fernandes, Ana. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52. [Online] Consultado em 10 de abril de 2013 em:

[www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292001000200003&lng=pt&nrm=iso)
65292001000200003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0873-6529

- Figueiredo, Daniela. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Universidade de Aveiro.
- Fonseca, António. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fontaine, Roger. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2003). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Henriques, José Manuel e Godinho, Rui (coordenação científica). (2012). *Projeto rede em práticas – Relatório final de avaliação*. Instituto de Estudos Sociais e Económicos, ISS.IP.
- Idanéz, M. José e Andre-Egg, Ezequiel. (2008). *Diagnóstico social: conceitos e metodologias*. Porto: REAPN.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador em Portugal*. 2ª ed. FORMASAU- Formação e Saúde, Lda.
- Leme, L. e Silva, P. (2002). O Idoso e a família. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu.
- Machado, Denise. (2008). Organizações inovadoras: estudo dos principais fatores que compõem um ambiente inovador. *Revista Alcance*, volume 15, 03, 306-321, setembro/dezembro. UNIVALI.
- Martins, Rosa. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millennium - Revista do ISPV*, 32, 126-140.
- Moreira, Carlos. (1994). *Planeamento e estratégias de investigação social*. Lisboa: ISCSP.
- Mozzicafreddo, Juan e outros. (1991). *Gestão e legitimidade no sistema político local*. Lisboa: Escher.
- Mozzicafreddo, Juan. (1997). *Estado-providência e cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Murray e Mulgan. (2010). *Livro Aberto de Inovação Social*. Comissão Europeia
- Oliveira, José (1999). Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representações da morte. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 323-343.
- Paúl, Constança (1993). Avaliação do estado funcional do idoso. *Geriatrics*, 6, 21-26.
- Paúl, Constança (1994). Panorama demográfico dos idosos em Portugal. *Geriatrics*, volume 7, 70, 21-26. Lisboa. Dezembro 1994.
- Paúl, Constança (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra:
- Pimentel, Luísa. (2005). *O Lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van. (1992). *Manual de investigação para as ciências sociais*. Porto: Gradiva.

Reis, Felipa Lopes dos. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado*. Lisboa: Pactor.

Relvas, Ana (1996). *O ciclo vital da família perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Rosa, João M. (2001). Notas sobre a população — saldos migratórios compensam o envelhecimento? *Revista Análise Social*, vol. XXXVI (158-159), 367-372.

Rosa, João M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santos, Geraldine. (1999). Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Virtual Textos e Contextos*, 1. [Online] Consultada em 20 de março de 2013, em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/937/717>

Serafim, Filomena. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Algarve, FCHS. [Online] Consultado em 25 de março de 2013 em: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/659>

Sousa, Liliana e outros. (2006). *Envelhecer em família, os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar Editora.

Ussel, Julio. (2001). *La soledad em las persons mayores: influencias personales familiares y sociales: Analisis cualitativo*. Madrid: Ministério de trabajo e asuntos sociales.

Wall, Karin. (1995). Apontamentos sobre a família na política social portuguesa. *Análise Social vol.xxx*. Lisboa.

(2007). *REOT – Relatório do Estado do Ordenamento do Território*. Câmara Municipal da Amadora.

(2008). *Necessidades em Portugal: Tradições e tendências emergentes: Enquadramento teórico-metodológico*. Entidade Promotora TESE. Coordenação Científica CET-ISCTE.

(2012). *Síntese dos Resultados Definitivos, Censos 2011*. Divisão de Informação Geográfica, Câmara Municipal da Amadora.

(2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Conselho Económico e Social. Almedina.

Sites Consultados

<http://www.un.org/>

<http://www.who.int/en/>

www.cm-amadora.pt

www.ine.pt

www.pordata.pt

Anexos

Anexo 1

Cartaz e folheto de divulgação do recenseamento de idosos



Quem são? Quantos são? O que necessitam?

Recenseamento de idosos do Município da Amadora.



accasocial@cm-amadora.pt

Ajude-nos a identificá-los!

Número gratuito

800 207 632

ou nas Juntas de Freguesia

Recenseamento de Idosos do Município da Amadora



Ajude-nos a identificá-los!

Número gratuito

800 207 222

Ajude-nos a saber... Quem são?

Identificando alguém que pense estar em situação de risco (um vizinho do seu prédio, da sua rua, do seu bairro...).

Ajude-nos a saber... Quantos são?

Sabendo onde estão e quantos são poderemos potenciar os recursos que dispomos para melhorar o bem-estar dessas pessoas.

Ajude-nos a saber ... O que necessitam?

Depois de identificada uma situação risco, uma equipa técnica especializada da Câmara Municipal da Amadora irá fazer o levantamento do tipo de apoio que necessitam e providenciar a melhor solução para cada caso.

A ajuda começa por si!

Os Idosos do nosso Município

necessitam da ajuda de todos!



Anexo 2

IMP_42_2- Ficha de sinalização emergência social

Emergência Social

FICHA DE SINALIZAÇÃO

Chefe de Divisão	Coordenador/a de Sector
------------------	-------------------------

Espaço destinado à Câmara Municipal da Amadora

Data da Visita: ____/____/____

Hora: ____h____

1. Identificação Pessoal

Nome:			
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: M	Sexo: F
Morada:			
Freguesia:	Nº Telefone:	Telemóvel:	
N.º Doc. Identificação:	BI:	CC:	Outro. Qual?
NISS:	NIF:		

2. Descrição da Emergência Social

Descreva a situação a sinalizar, assinalando as opções mais adequadas:

Situação Social							
Agregado Familiar:	Isolado		Não isolado. Vive com:				
Rede de Suporte:	Cônjuge		Filhos		Outros Familiares		
	Amigos		Vizinhos		Outro. Qual?		
Contactos	Nome:			Telefone:			
				Relação com utente:			
	Nome:			Telefone:			
				Relação com utente:			
	Nome:			Telefone:			
				Relação com utente:			
Apoio Social	O Agregado tem alguma resposta social				Sim		Não
	Qual a Instituição que presta?						
	Que resposta social é prestada?						
Crianças e Jovens em Risco	Existem crianças e/ou jovens no Agregado?				Sim		Não
	Quantas crianças e/ou jovens?						
	Quais as idades das crianças e/ou jovens?						
Violência Doméstica	Existem suspeitas de relações violentas no Agregado Familiar?				Sim		Não

Situação Habitacional		
Características da Habitação:	Habitação degradada	
	Habitação em risco de ruir	
	Habitação sem água	
	Habitação sem electricidade	
	Habitação com infiltrações	
	Existência de parasitas (pulgas, baratas, etc.)	
	Acumulação de lixo	
	Existência de elevado número de animais na habitação	
	Falta de higiene na habitação	
	Falta de acessibilidade na habitação	

Condições de Saúde		
Características do Utente	Má Nutrição	
	Falta de Higiene Pessoal	
	Adições (álcool, drogas)	
	Demência e/ou Patologia do foro psiquiátrico	
	Mobilidade reduzida	
	Doença. Qual?	
	Outra. Qual?	

3. Envolvimento de recursos da comunidade

A situação foi sinalizada por:			
	Famíliares		
	Outros particulares		
	Entidade Pública. Qual?		
	Entidade Privada. Qual?		

A situação foi encaminhada para:			
	Ministério Público		
	Polícia Segurança Pública		
	Unidade de Saúde Pública		
	Outra Unidade de Saúde		
	Polícia Municipal		
	Outra Entidade. Qual?		

4. Outra Informação

Observações:

5. Sinalização à Divisão de Intervenção Social

Sinalização feita por:

Nº

Assinatura

Amadora, _____, de _____ de _____

☐ O utente ou seu representante legal **não autoriza** o tratamento dos seus dados pessoais para efeito de tratamento estatístico

Anexo 3

Guião de observação para visitas domiciliárias

Emergência Social

FICHA DE SINALIZAÇÃO

Chefe de Divisão	Coordenador/a de Sector

Espaço destinado à Câmara Municipal da Amadora

Data da Visita: ____/____/____

Hora: ____h____

1. Identificação Pessoal

Nome:			
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: M	Sexo: F
Morada:			
Freguesia:	Nº Telefone:	Telemóvel:	
N.º Doc. Identificação:	BI:	CC:	Outro. Qual?
NISS:	NIF:		

2. Descrição da Emergência Social

Descreva a situação a sinalizar, assinalando as opções mais adequadas:

Situação Social							
Agregado Familiar:	Isolado		Não isolado. Vive com:				
Rede de Suporte:	Cônjuge		Filhos		Outros Familiares		
	Amigos		Vizinhos		Outro. Qual?		
Contactos	Nome:			Telefone:			
				Relação com utente:			
	Nome:			Telefone:			
				Relação com utente:			
	Nome:			Telefone:			
				Relação com utente:			
Apoio Social	O Agregado tem alguma resposta social				Sim		Não
	Qual a Instituição que presta?						
	Que resposta social é prestada?						
Crianças e Jovens em Risco	Existem crianças e/ou jovens no Agregado?				Sim		Não
	Quantas crianças e/ou jovens?						
	Quais as idades das crianças e/ou jovens?						
Violência Doméstica	Existem suspeitas de relações violentas no Agregado Familiar?				Sim		Não



FICHA DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Visitas Domiciliárias



Avaliação geral sobre os serviços/respostas sociais utilizados:

Levantamento de necessidades

Área de Animação Sócio Cultural		Área de Apoio Social		Respostas Sociais	
Ocupação de tempos livres		Tele Assistência		SAD 5 dias	
Atividades de voluntariado		Ajudas Técnicas		SAD 7 dias	
Biblioteca vai a casa		Reparações no domicílio		Centro de Dia	
Atividade Física		Cuidados de imagem		Centro de Convívio	
Voluntariado de proximidade. O quê?		Apoios económicos/ prestações sociais		Banco alimentar/ Cantinas sociais	
		Apoio nas atividades da vida diária. Quais?		Lar	
					Outro. Qual?
Outro. Qual?					

Acompanhamento da situação

(Quais as respostas/soluções propostas ao AF? Qual a reação às mesmas pelos utentes? E as reações da família? As respostas/soluções encontradas foram suficientes para as necessidades apresentadas?)

Outras informações

Anexo 4
Print Screen do ficheiro Excel

[illegible]

RECENSEAMENTO DOS OS - Microsoft Excel

Base Inserir Esquema de Página Fórmulas Dados Revisão Ver

Normal Esquema de Página Vistas Personalizadas

Pre-visualização de Quebras de Página Vistas Personalizadas

Esquema de Página Vistas Personalizadas

Vistas de Livro

Mostrar/Ocultar

Zoom 100% Zoom para Seleção

Zoom

Nova Janela

Dividir

Dispor Todas

Ocultar

Mostrar Janela

Guardar Área de Trabalho

Mudar de Janela

Macros

Macros

N14

AK AL AM AN AO AP AQ AR AS AT AU

TIPO DE DEPENDÊNCIA DE OUTRO ELEMENTO	QUEM EFETUOU A SINALIZAÇÃO	TÉCNICO/A DE ATENDIMENTO SOCIAL	ENTIDADE	ARTICULAÇÃO	DATA DA RECOLHA DE DADOS	DATA VD	PONTO DE SITUAÇÃO DO PROCESSO	OBSERVAÇÕES	QUALIDADE DE PREVENÇÃO	COMENTÁRIOS
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	Segurança Social	21-05-2013	20-05-2011	Problema solucionado	Utente integrado em tur hierarquizo pago pelo IFT, aguarda resposta definitiva para CDPI	36,95	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	IPSS	30-05-2011	16-05-2011	Resposta provisória		33,9	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	N/A	03-11-2011	03-10-2011	Problema solucionado	Utente pretende informações sobre procedimentos para integração em tur sem perspectivas futuras	12,9	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	Segurança Social	23-05-2013	06-13-2011	Resposta provisória	Integrado sem tur sem atualizar como situação provisória devido a ausência de relatórios	41,48	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	IPSS	18-11-2011	12-07-2011	Problema solucionado		35,48	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	Segurança Social	22-05-2013			Utente encontrava-se ausente com apoio da mãe	44,95	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	S/nf.	22-05-2013	11-03-2011		Utente encontrava-se hospitalizado, foi encaminhado pela IFT para integração em tur. A família recusa pretendendo integrar FONGC	37,95	x	
Famíliares	Odete Lopes	CMA	S/nf.	12-04-2013	12-04-2013	Problema solucionado	A utente reside sozinho. A avaliação foi realizada pela própria. Devido a VD realizada a mesma não demonstrou receptividade à resposta de SAID, referido que a única necessidade que tem é a restituição das cotações médicas ao domicílio	43,95	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	IPSS	23-05-2013	06-10-2011	Problema solucionado	Tem apoio através da família	31,9	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	PSP	23-05-2013	28-05-2012	Problema solucionado	Utente com baixa visão. Habilitação e necessidade de intervenção na aquisição de ajuda de gnero que permita a mesma, intervenção da Habilitação	43,9	x	
Atendimento social	Odete Lopes	CMA	S/nf.	22-05-2013			Mãe apresenta documentação solicitada para responder estudos clínicos	70,95	x	

Anexo 5

Guião dos *focus group* com síntese

Recenseamento Idosos

Focus Group

Data: 12 de junho

Hora: 10h

Local: Divisão de Intervenção Social

Focus Group aplicado às técnicas e coordenadoras de respostas sociais dirigidas à população idosa, tendo em vista a abordagem e o debate das seguintes questões:

1. Quais as principais necessidades da população idosa residente no município da Amadora?

- **Ao nível da saúde:**

- Respostas adequadas aos idosos que permitam um fácil acesso aos serviços de saúde;
- Maior flexibilidade de horários para a população sénior ao nível dos atendimentos, realização de análises e exames;
- Um espaço na área da saúde que possibilite um atendimento integrado e acompanhamento de cada situação. Por exemplo, acompanhamento às consultas e orientação ao nível da toma da medicação;
- Aumento do número de consultas realizadas no domicílio para os idosos com menor mobilidade;
- Transporte para os utentes com maior dificuldade de mobilidade e que necessitam de se deslocar às consultas ou fazer exames.

- **Ao nível das respostas sociais:**

- Voluntariado de proximidade;
- Alargamento de horário do Serviço de Apoio Domiciliário;
- Resposta social de Lar;
- Adaptação da valência de Centro de Dia através do desenvolvimento de atividades que se adequem melhor às características dos utentes (mais autónomos ou mais dependentes);
- Criação de Centros de Noite;
- Criação de respostas sociais vocacionadas para apoio a utentes com a doença de Alzheimer, designadamente Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário especializados;

- Apoio alimentar;
- Simplificação do acesso aos serviços (desburocratização).

2. Será que as respostas sociais existentes respondem às necessidades da população idosa? (pontos fortes e lacunas existentes)

- Pontos fortes:

- Relação de proximidade com a população sénior;
- Ações de formação e sensibilização ao nível da saúde, realizadas pelo ACES VII – Unidade de Cuidados na Comunidade em todas as freguesias do Concelho.

- Lacunas:

- Horário insuficiente ou inadequado das valências Centro de Dia e Apoio Domiciliário relativamente ao horário laboral dos familiares responsáveis pelo idoso;
- Diferentes procedimentos e prestações de serviços entre as Instituições. Por exemplo, o caso da toma de medicação há ajudantes domiciliárias que realizam toma presencial e outras não;
- Exigência dos quatro serviços obrigatórios por parte das Instituições que prestam Serviço de Apoio Domiciliário, apesar da legislação já não exigir os quatro serviços;
- Falta de individualização/personalização dos cuidados prestados aos utentes no domicílio.

3. O que é preciso fazer para melhorar a qualidade de vida deste grupo da população?

- Voluntariado de proximidade;
- Criação de respostas sociais de acordo com as necessidades dos utentes;
- Criação de novos serviços nas valências de Centro de Dia e Apoio domiciliário, nomeadamente cuidados da imagem e fisioterapia;
- Alargamento dos horários das valências Centro de Dia e Apoio Domiciliário;
- Reinventar os Centros de Dia existentes através da parceria com Instituições externas, nomeadamente com a Escola Superior de Teatro e Cinema, e do voluntariado de proximidade;
- Levantamento de necessidades e formação contínua às pessoas que trabalham diretamente e no dia-a-dia com os utentes;
- Maior divulgação dos projetos e respostas sociais existentes no concelho;
- Sessão de informação para os técnicos de atendimento sobre os serviços e procedimentos a nível concelho.

Recenseamento Idosos

Focus Group

Data: 12 de junho

Hora: 14h

Local: SFRAA – Quinta de São Miguel

Focus Group aplicado aos idosos tendo em vista a abordagem e o debate das seguintes questões:

1. Será que as respostas que existem na cidade para os mais velhos são suficientes e diversificadas?

Referem haver muita diversidade de ofertas. Contudo, destacam os diversos casos de isolamento de idosos que por terem sentimentos como medo e desconfiança não abrem a porta a ninguém e não saem de casa.

2. Quais são as principais necessidades das pessoas mais velhas?

- Desenvolvimento de atividades que atraiam os idosos a sair de casa, combatendo o isolamento;
- Conversar e ter companhia;
- Criação de um Centro de Apoio que inclua esclarecimentos ao nível do IRS, marcação de consultas e exames ou questões que surjam no dia-a-dia;
- Maior divulgação dos apoios e respostas sociais existentes, sendo necessária uma divulgação que tenha em conta as características da população idosa, nomeadamente idosos analfabetos;
- Criação de Residências Assistidas que permitam um maior conhecimento entre os moradores, maior contacto e relação de proximidade;
- Desenvolvimento de novas atividades na valência de Centro de Dia, designadamente aulas de teatro, ginástica, música, culinária, evento de histórias antigas, massagens, etc.;
- Criação de um gabinete de Enfermagem de apoio à população idosa, onde os utentes possam medir a tensão, os diabetes, etc.;
- Maior acessibilidade física aos Centros de Saúde;

- Maior facilidade de marcação de consultas nos Centros de Saúde;
- Serviço de Apoio Domiciliário mais alargado;
- Prestação de fisioterapia e apoio psicológico na valência de Apoio Domiciliário;
- Criação de uma Equipa Multidisciplinar que preste um acompanhamento diversificado e regular à população idosa, incluindo enfermeiros e podologistas;
- Reduzir o tempo de interrupção dos ateliês durante o período do Verão;
- Esclarecimentos/Colóquios sobre saúde (por exemplo de 15 em 15 dias).

3. Como é que as pessoas mais velhas podem melhorar a sua qualidade de vida?

- Utilização dos espaços verdes, dos circuitos pedonais e dos circuitos de manutenção.

Recenseamento Idosos

Focus Group

Data: 19 de junho

Hora: 14h30

Local: Recreios da Amadora

Focus Group aplicado aos idosos da Georreferenciação tendo em vista a abordagem e o debate das seguintes questões:

1. Quais são as vossas necessidades?

- Apoio na medicação;
- Apoio económico, nomeadamente ajuda no pagamento da renda;
- Serviço de Apoio Domiciliário;
- Apoio na limpeza da habitação. Referem que o serviço de limpeza prestado pelo Apoio Domiciliário é insuficiente;
- Humanização/Individualização dos serviços prestados;
- Adaptação das respostas sociais às necessidades dos utentes, tendo sido referida a questão dos horários de Centro de Dia;
- Maior mobilidade e acessibilidade aos serviços de saúde;
- Atividades de ocupação de tempos livres;
- Promoção das atividades físicas.

2. As respostas sociais existentes no município são adequadas a essas necessidades?

Referem que não se adequam devido à fraca humanização/individualização das respostas sociais e serviços prestados, e ao apoio insuficiente na limpeza da habitação.

3. O que se pode fazer para melhorar a qualidade de vida dos mais idosos?

- Participação em atividades de voluntariado, atividades de ocupação de tempos livres e atividades físicas.

